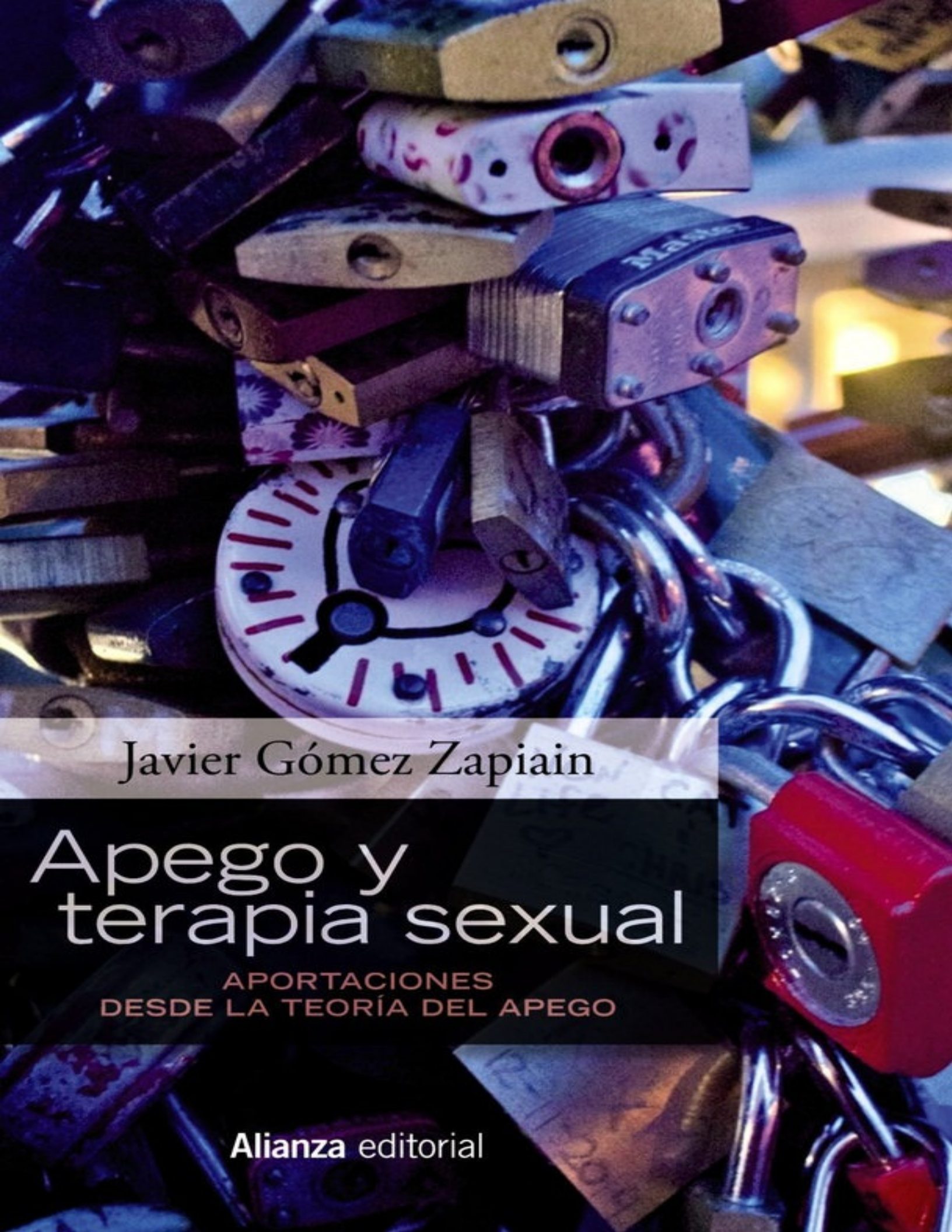




Javier Gómez Zapiain

Apego y terapia sexual

APORTACIONES
DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Alianza editorial

JAVIER GÓMEZ ZAPIAIN

Apego y terapia sexual

APORTACIONES DESDE
LA TEORÍA DEL APEGO

Alianza editorial

A Julen y Maddi

Índice

INTRODUCCIÓN

1. APEGO Y SEXUALIDAD

- 1.1. Conceptos básicos de la teoría del apego en el contexto de la experiencia erótica
- 1.2. La formación del yo a través de la experiencia intersubjetiva
- 1.3. La base de seguridad y la capacidad de exploración en la construcción del yo
- 1.4. Importancia de la intersubjetividad
- 1.5. Intimidad y diferenciación
- 1.6. Intervención de sistemas en la relación de pareja
- 1.7. El sistema de pareja desde la perspectiva del apego
- 1.8. Apego, psicoterapia sexual y pareja: la mentalización

2. MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL

- 2.1. El ciclo de la respuesta sexual según Wilhelm Reich
- 2.2. El ciclo de la respuesta sexual según Masters y Johnson
- 2.3. La respuesta sexual según H. S. Kaplan
- 2.4. El modelo tridimensional de Schnarch

3. DIFICULTADES, ALTERACIONES Y TRASTORNOS EN EL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD

- 3.1. La clasificación de las alteraciones y dificultades sexuales
- 3.2. Dinámica del deseo erótico y sus alteraciones desde la perspectiva del apego
- 3.3. Naturaleza multicausal y niveles múltiples en la etiología de las disfunciones sexuales

4. TERAPIA SEXUAL

- 4.1. Principales modelos de terapia sexual

5. HACIA UN NUEVO ENFOQUE EN PSICOTERAPIA SEXUAL

- 5.1. Perspectiva sistémico-intersubjetiva en terapia sexual

5.2. Diferenciación, autonomía, intimidad

5.3. Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de pareja

6. PROPUESTA DE TERAPIA SEXUAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL APEGO

6.1. Principios básicos

6.2. Objetivos en psicoterapia sexual

6.3. Intervención psicoterapéutica

6.4. Terapia comprensiva

6.5. Manejo del deseo erótico

6.6. Manejo de la relación

6.7. Interacción entre ambas dimensiones

6.8. La exploración y los cuidados como recursos terapéuticos

6.9. La mentalización como vía para la comprensión en terapia sexual

6.10. La alianza terapéutica

6.11. El manejo de los vínculos en el contexto de la intervención en terapia sexual

6.12. El papel del terapeuta

6.13. Historia psicosexual

6.14. Procedimientos y técnicas en la terapia sexual

7. A MODO DE EPÍLOGO

BIBLIOGRAFÍA

CRÉDITOS

INTRODUCCIÓN

Quizás lo que haga la voluptuosidad tan terrible sea que nos enseña que tenemos cuerpo. Antes, solo nos servía para vivir. Después sentimos que aquel cuerpo tiene su existencia particular, sus sueños, su voluntad, y que hasta la muerte tendremos que contar con él, cederle, transigir o luchar. Sentimos (creemos sentir) que nuestra alma solo es su mejor sueño.

Marguerite Yourcenar

La experiencia erótica es esencialmente un hecho relacional. El deseo erótico es una emoción que, como todas, genera una tendencia de acción; en este caso, la búsqueda de satisfacción sexual en otra persona. En términos generales, ello supone entrar en un espacio de proximidad psicológica, en el que dos psicologías individuales deben conectarse.

Por tanto, la calidad de la experiencia erótica depende, por un lado, de la expresión del deseo erótico debidamente integrado en la estructura del yo, y, por otro, de la capacidad de estar de un modo confortable y seguro en el espacio de la intimidad.

Dicho de otro modo, la experiencia erótica estará necesariamente mediatizada por los modelos operativos internos que regulan las relaciones interpersonales, especialmente las que se producen en la intimidad, entendida esta como un espacio de proximidad psicológica.

La teoría del apego es el marco de fundamentación teórica, apoyado en amplísima evidencia empírica, que explica el desarrollo psicológico basado en la importancia de la vinculación afectiva desde el origen mismo de la vida personal.

Aunque sea una simplificación excesiva, diremos que a lo largo de la historia socioafectiva se va gestando el «sistema operativo», permítase la metáfora, que regulará las relaciones interpersonales y el comportamiento a

lo largo de toda la vida. Este se va gestando a través de la historia socioafectiva en la que la experiencia vivida, subrayamos *experiencia*, es un conjunto de comportamientos, emociones, cogniciones, percepciones y valoraciones que se experimentan como un todo, que se incardinan a diferentes niveles conscientes, preconscientes y no conscientes, pero que no puede reducirse a cada uno de estos aspectos.

En tal sentido, dada la evidente relación entre el deseo erótico y la vinculación afectiva, este libro pretende integrar los conocimientos procedentes de la teoría del apego a la terapia sexual.

¿Cuáles son los motivos que han impulsado la escritura de este libro? En primer lugar, debo hacer referencia a mi anterior monografía, titulada *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*, publicada en Alianza Editorial en 2009. En ella se analizó de un modo general, tal y como indica el subtítulo, la relación existente entre el vínculo afectivo y la sexualidad globalmente considerada. Las cuestiones tocantes a las dificultades sexuales fueron abordadas tangencialmente, dados los objetivos de aquella publicación. Ello explica el interés en profundizar en los aspectos relacionados con la terapia sexual desde la perspectiva del apego, que figuran en la presente obra.

Otro de los motivos que lo han impulsado ha sido la reflexión crítica acerca de la terapia sexual en la actualidad. Bajo el epígrafe «terapia sexual» se observa una evidente confusión conceptual, por un lado, y una relativa paralización en la evolución de los conocimientos respecto a intervenciones y tratamientos, por otro.

Históricamente, podemos situar en la década de los setenta del pasado siglo la aparición de aportaciones científicas fundamentales acerca del conocimiento del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Estas supusieron un punto de inflexión en la forma de comprender las dificultades sexuales y sus tratamientos. Se puede considerar, por tanto, que en aquel momento se abrió una nueva etapa que podría denominarse convencionalmente «la nueva terapia sexual», como indicó el título de la obra seminal de Helen Singer Kaplan (1974).

En efecto, se pueden señalar numerosos estudios y experiencias de investigadores y clínicos que se remontan al siglo XVIII. Estos trabajos y sus

autores, a pesar de los escasos recursos y de la presión ideológica de una moral dominante altamente conservadora en materia sexual, pueden ser considerados como auténticos pioneros. No obstante, todo el conocimiento previo es recogido, corregido y aumentado por la magna obra de Masters y Johnson, cuyas aportaciones al conocimiento de la respuesta sexual y sus aplicaciones a la terapia sexual siguen considerándose en la actualidad por numerosos profesionales como un modelo de referencia.

Helen Singer Kaplan, también en la década de los setenta, ofrece el conocido modelo trifásico de respuesta sexual, otorgando una importancia relevante al deseo sexual como una fase de la respuesta sexual, considerando que las fases, deseo, excitación y orgasmo son entidades neurofisiológicas diferentes y que, por tanto, pueden alterarse independientemente, dando lugar a los trastornos específicos del deseo, de la excitación y del orgasmo. En el ámbito de la terapia sexual propone un modelo más desarrollado que el de sus antecesores, profundizando en los aspectos psicosomáticos que están en el origen de las dificultades sexuales.

En la actualidad, los modelos citados siguen siendo referencias en los contenidos de formación de los especialistas y en su práctica profesional. No cabe duda de que estos formatos han ido enriqueciéndose con nuevos hallazgos y aportaciones procedentes de disciplinas afines y de las diversas escuelas o referencias de formación de los terapeutas.

Como ya se ha indicado, da la impresión de que, en la actualidad, la evolución de la terapia sexual ha entrado en un periodo de cierto estancamiento en el que apenas se perciben innovaciones, salvo honrosísimas excepciones en la práctica privada.

La presente monografía pretende aportar reflexiones renovadas acerca de la terapia sexual, replanteando algunos conceptos generalmente no cuestionados, como a) el concepto de «experiencia erótica», b) el concepto mismo de terapia sexual y c) el modelo biomédico en relación con la terapia sexual. Además, siendo este su objetivo fundamental, pretende analizar e integrar las aportaciones de la teoría del apego a los procedimientos en terapia sexual.

Los modelos referenciales a los que me he referido, en relación con la comprensión del comportamiento y de la terapia sexuales, centran su atención

en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Desde el punto de vista biomédico se entiende que esta cubre una función basada en la reproducción humana, compuesta por el impulso sexual, capacidad de responder a estímulos eróticos, la excitación sexual, capacidad de activar un conjunto de reflejos de vasodilatación y vasocongestión, y el orgasmo, movimientos clónicos altamente placenteros cuyo fin es la descarga de la tensión acumulada. Definida la función, toda alteración del proceso es considerada disfuncional. Por tanto, toda alteración en el impulso, la excitación y el orgasmo constituyen las disfunciones sexuales.

El modelo biomédico que subyace a este planteamiento define la función, determina las disfunciones, las diagnostica y establece los objetivos terapéuticos. La experiencia de la respuesta sexual se reduce a conductas relacionadas con la actividad sexual, que pueden ser funcionales o disfuncionales. Estos principios se consideran incuestionables y están presentes, implícita o explícitamente, en la mayoría de las ofertas de terapia sexual que marcan los objetivos de lo que hay que alcanzar, a saber, la recuperación de la «funcionalidad».

En la presente obra, siguiendo a diversos autores, se considera que estos principios pertenecen a una primera generación, entendida como modo de comprensión, operacionalización e intervención en el ámbito de los comportamientos sexuales humanos.

Uno de los objetivos de este libro consiste en poner en cuestión tales principios y abrir el foco hacia otro modo de comprender las relaciones sexuales de las personas, basadas en principios diferentes y que serán planteados y discutidos.

Como ya hemos indicado, la actividad sexual es un hecho relacional, es decir, impulsa al individuo al encuentro con el otro. El modo en que se esté en el encuentro, el modo en que se maneje este espacio donde convergen el deseo erótico y la comunicación intersubjetiva en términos de vinculación afectiva, el modo en que se resuelvan las necesidades básicas relacionadas con el bienestar personal, es realmente la función.

La función sexual no puede plantearse en términos de rendimiento sexual, sino de experiencia. No se puede reducir la actividad sexual a meras conductas observables, sino al conjunto de emociones, afectos, ideas,

expectativas y significados otorgados que acontecen en lo que se vive, por tanto, en la experiencia erótica. Para ser coherente con ello, en el texto que aquí se introduce utilizaré lo menos posible los términos «comportamiento» y «conducta sexual», en favor de «experiencia erótica».

Este modo de enfocarla cuestiona algunos procedimientos terapéuticos en materia sexual y abre posibilidades a la innovación a través de nuevos enfoques.

En los modelos clásicos, el objetivo se establece en la recuperación de las conductas disfuncionales, una vez definida la función. Esta puede ser alterada por la ansiedad, que bloquea el correcto desarrollo de la respuesta sexual. El tipo de tratamiento suele ser directivo, basado en terapias conductuales y cognitivas, que tienden a prescribir al sujeto «lo que tiene que hacer», «lo que tiene que entender», el objetivo «al que debe llegar».

Los argumentos que se proponen en este texto son sistémico-relacionales, relativizan la «función sexual» que acaba concretándose en el rendimiento en la actividad sexual, y centran la atención en lo que se vive, en lo que ocurre en la interacción, en el modo de estar en ella. En definitiva, en la experiencia erótica.

La propuesta terapéutica que de ello se deduce no puede ser directiva y no puede priorizar la funcionalidad de la respuesta sexual en términos de rendimiento, sino que trata de que las personas con las que se trabaja comprendan sus dificultades, les resulten inteligibles y puedan, finalmente, manejarlas. Por ello se opta por una terapia sexual comprensiva, tal y como propone Manuel Lanús Lecuona (2016).

David Schnarch planteó el modelo del quantum de la respuesta sexual. En este libro se lleva a cabo una adaptación de este modelo, que sirve para desarrollar una propuesta sistémico-intersubjetiva en la que se incluyen las aportaciones de la teoría del apego.

Schnarch propuso su modelo a modo de ecuación, que aquí se adapta de la siguiente manera: el nivel total de satisfacción erótica es igual a la estimulación física, más, menos, los procesos psicológicos. El conjunto constituye lo que entendemos por «experiencia erótica», que no se puede reducir a uno solo de los términos de la ecuación.

Aunque aparentemente parezca una obviedad y una simplificación, la

clave de nuevos desarrollos en la terapia sexual está en el desarrollo, valga la redundancia, del segundo término de la ecuación: los procesos psicológicos. Es aquí donde se sitúan las aportaciones de la teoría del apego en la comprensión de las dificultades sexuales.

Otro de nuestros objetivos consiste en tratar de abrir puertas para una reflexión crítica y constructiva que permita poner en cuestión algunos axiomas que se dan como inamovibles, con el fin de profundizar y fortalecer los fundamentos que sustentan la praxis.

En relación con la terapia sexual, diremos que esta está condicionada por el enfoque teórico del cual se parta. Pongamos sobre la mesa la siguiente cuestión: ¿las dificultades sexuales tienen un origen psicógeno u orgánico? Masters y Johnson indicaban que el 80% de los casos tenían un origen psicógeno, mientras que solo el 20% respondían a causas físicas (los porcentajes son aproximados). Posteriormente se ha especulado mucho sobre esta proporción. Sin duda, los avances en el conocimiento médico que se han producido desde ellos hasta la actualidad, la modificarían. En algún momento se han llegado a invertir los términos; sin embargo, la fiabilidad de la epidemiología de las disfunciones sexuales, dada su propia naturaleza, es, cuando menos, dudosa, porque varía considerablemente según sea el campo de origen, bien la psicología, bien la medicina, considerando, además, las grandes dificultades a la hora de recabar los datos. En cualquier caso, lo más prudente es tener en cuenta la naturaleza psicosomática de las dificultades sexuales. Observemos cómo estas consideraciones parten de una interpretación biomédica, tal y como se ha indicado anteriormente, de la que se deduce un modo determinado de plantear la terapia sexual.

Terapia, a secas, sin prefijos ni sufijos, significa tratamiento o intervención conducente al logro de cambios significativos para recuperar el bienestar. Ahora bien, ¿qué se entiende por *terapia sexual*? ¿Se trata de «psico»-terapia focalizada en los conflictos subyacentes a las dificultades sexuales? ¿Se trata de técnicas de aprendizaje y reestructuraciones cognitivas? ¿Se trata de tratamientos médicos dirigidos hacia la remisión de los síntomas que explican las disfunciones sexuales, habiendo definido previamente la función sexual? ¿Se trata de intervenciones de tipo educativo que enseñan destrezas en el comportamiento sexual? En estos términos reside

la confusión conceptual que se observa en la oferta terapéutica en cuanto a objetivos y metodología en las intervenciones terapéuticas.

En este libro trataré de diferenciar entre los distintos niveles de intervención, como la educación sexual, el *counseling* o asesoramiento y la terapia propiamente dicha. Sería de interés reflexionar acerca de la formación requerida de los profesionales que intervienen en los distintos niveles y de los currículos de formación exigibles en cada uno de ellos, pero esta cuestión excede los contenidos de este libro.

Otra cuestión de relieve para la crítica constructiva es la que hace referencia al modelo biomédico, que interviene como telón de fondo en este campo. En lo que va de siglo XXI, la psicología ha debatido sobre la naturaleza sanitaria de esta disciplina. Como en todo debate, ha habido defensores y detractores. Finalmente, y de forma oficial, se le ha reconocido su carácter sanitario, incluyéndola en las ciencias de la salud, lo que ha supuesto una asunción del modelo biomédico como metodología esencial, generando importantes dudas acerca de si este responde de forma integral a la comprensión de la mente en relación con la psicoterapia.

En materia de ampliación del conocimiento a través de la investigación, cuyo fin evidente es la mejora permanente de la terapéutica, el modelo biomédico se basa en un positivismo radical del que emana el método científico, con el fin de obtener evidencia empírica que revierta en la eficacia terapéutica. En el ámbito de las terapias, se validan los tratamientos que, basados en la evidencia, se consideren eficaces. En principio, ningún profesional que se maneja con parámetros científicos osaría dudar de estos preceptos. Todos ellos pretenden proponer tratamientos debidamente fundamentados que muestren su eficacia a través de la evidencia respecto a los objetivos previstos.

Las cuestiones esenciales son las siguientes: ¿puede el método científico, tal y como se aplica en las ciencias de la salud, aplicarse directamente al estudio del comportamiento humano?, ¿puede reducirse la experiencia humana a unidades de conducta observables que conformen variables que puedan ser procesadas numéricamente?, ¿se puede objetivar lo evidentemente subjetivo, o debe prescindirse de ello dado que la metodología dominante no es capaz de aprehenderlo?, ¿se puede afirmar que solo existe lo que podemos

medir, o que lo que no es mensurable es irrelevante respecto a lo que se consideran «tratamientos eficaces»?

En relación con el concepto de «evidencia empírica» aplicado a los «tratamientos basados en la evidencia», que sin duda son bastante incuestionables en el ámbito de las ciencias de la salud, son dudosamente aplicables al ámbito de la psicoterapia y, por extensión, a la terapia sexual.

La cuestión estriba en cómo se conceptualiza la noción de «evidencia», a qué se refiere, cuáles son sus indicadores. En este sentido, se podrían proponer las siguientes cuestiones: ¿puede ser el modelo biomédico, incuestionable en medicina, biología y similares, directamente aplicable a la psicología, ciencia que estudia el comportamiento humano y por extensión a la experiencia erótica? ¿Pueden ser los instrumentos de medida reducidos a escalas y cuestionarios en el ámbito de la intervención psicológica? Los instrumentos que miden las variables que explicarían hipotéticamente el origen de las dificultades, ¿son lo bastante sensibles y precisos para obtener evidencias? ¿Puede ser reducido el criterio de evidencia a procedimientos matemáticos que analizan los resultados? La ciencia avanza esencialmente a través de la duda metódica. Estas son algunas dudas que permiten la reflexión teórica para la aplicación práctica.

Es evidente que nuestras propuestas terapéuticas se deben apoyar en evidencias empíricas que muestren su eficacia, pero hemos de reconsiderar los indicadores de evidencia en relación con la terapia sexual.

Los estudios acerca de la eficacia de las terapias se basan por lo general en los resultados. Se trata de obtener diferencias estadísticamente significativas en las variables previamente establecidas, con el fin de demostrar efectos de causa/efecto, o modelos explicativos extraídos de variables previamente definidas. En la actualidad, este es el único y principal criterio de «evidencia empírica», lo cual es muy limitado y cuestionable. Es como pretender explicar el océano Atlántico a sabiendas de que nuestros instrumentos solo nos permiten sondear el entorno de las islas Canarias.

Deberían considerarse otros criterios de evidencia, como la evidencia de procedimiento, la cualidad de los cambios, la percepción de eficacia del propio sujeto en relación con la mejora de su bienestar o la valoración del experto.

Se evalúan resultados, pero no así los procedimientos. Debería evaluarse, como indicador que genera evidencia de eficacia, el procedimiento de aplicación de la intervención en la que el papel del terapeuta puede ser determinante respecto al tipo de relación que se establece, el grado de confianza, la alianza terapéutica, etc.

Si desde el punto de vista de la honestidad científica no se pueden obviar los fenómenos subjetivos que intervienen en el cambio, la metodología basada en exclusiva en la medición de conductas observables procesadas cuantitativamente muestra su debilidad. Si los cambios fenomenológicos que suceden como efecto de la intervención terapéutica son en gran medida subjetivos, la evidencia empírica debería obtenerse a través de metodología cualitativa a través de la cual, y aplicada con rigor, se obtienen evidencias empíricas altamente significativas, inalcanzables a través de instrumentos de medida basados en escalas y cuestionarios.

Las aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual contribuyen a profundizar en el factor «procesos psicológicos» de la ecuación propuesta en el modelo del quantum. La importancia de los modelos internos, de la base de seguridad, de la capacidad de respuesta sensible y de los perfiles de apego que intervienen en la regulación del deseo erótico en el ámbito de las relaciones interpersonales explica la calidad de la experiencia erótica en términos de salud. Del mismo modo, también contribuye a explicar las dificultades, las alteraciones y los trastornos relacionados con la dimensión erótica de la sexualidad humana.

La terapia propuesta desde esta perspectiva consiste en comprender y tratar de modificar representaciones mentales incluidas en los modelos internos, asociadas a la inseguridad, al miedo a la soledad o al desamparo, que movilizan las defensas. Todo ello a través de la inclusión de nuevas representaciones mentales en la actualidad, procedentes de la experiencia vivida. Ello depende de la capacidad reflexiva que permite la exploración. La mentalización es el procedimiento terapéutico que alienta los cambios.

En esta monografía se opta por la terapia sexual comprensiva. Pone más en relieve la importancia de la comprensión de lo que ocurre con la experiencia erótica en el espacio de intimidad, y no tanto el rendimiento de la respuesta sexual humana. Lo que ocurre en el ámbito de la intimidad, donde

se desarrolla la experiencia erótica, está influido por lo que sucede en el sistema establecido de pareja y por la capacidad de comunicación intersubjetiva de sus miembros. El objetivo consiste en activar el proceso de exploración, tanto del mundo interno como del externo, que oriente al individuo hacia la comprensión de los fenómenos relacionados con su malestar y sufrimiento. La comprensión de lo que ocurre está directamente relacionada con la capacidad de mentalizar sobre los estados emocionales propios en relación con el otro significativo.

En síntesis, el texto que se presenta a continuación no pretende ser en absoluto un manual de terapia sexual, sino una aportación de contenidos procedentes de la teoría del apego que pueden ser útiles para el enriquecimiento de la terapia sexual y de pareja. Pretende también abrir caminos hacia nuevas formas de entender la experiencia erótica humana que ayuden a las personas a integrar, comprender, darle sentido y otorgar significados propios, lejos de la estandarización, el control social y la manipulación comercial, propios de los parámetros generales de la sociedad actual.

En definitiva, el objetivo de este libro es el de invitar a la reflexión crítica y generar debates con el fin de abrir vías fecundas de profundización, alternativas a lo establecido.

CAPÍTULO 1

APEGO Y SEXUALIDAD

1.1. Conceptos básicos de la teoría del apego en el contexto de la experiencia erótica

La teoría del apego aporta varios conceptos esenciales que nos permiten comprender con mayor claridad lo que ocurre en la relación entre el deseo erótico y la vinculación afectiva en los adultos¹. En la medida en que la experiencia erótica se produce en un espacio psicológico compartido, los modelos internos que regulan las relaciones interpersonales, especialmente en situación de proximidad, intervienen en la calidad de las experiencias íntimas eróticas.

Por ello, esta perspectiva teórica nos permite, por un lado, comprender e interpretar las dificultades sexuales en las relaciones de pareja y, por otro, descubrir nuevas claves para redefinir los criterios de satisfacción afectiva y sexual. Además, nos permitirá deducir nuevas ideas para la intervención psicoterapéutica en el ámbito de las dificultades sexuales.

En este punto pretendo desplegar del modo más sintético posible los conceptos básicos de esta teoría, necesarios para la comprensión de las relaciones afectivo-sexuales y sus interacciones en terapia sexual, ya que no es propósito de este texto profundizar en ella.

Los conceptos básicos a desarrollar se muestran en el gráfico 1 de una manera estructurada.

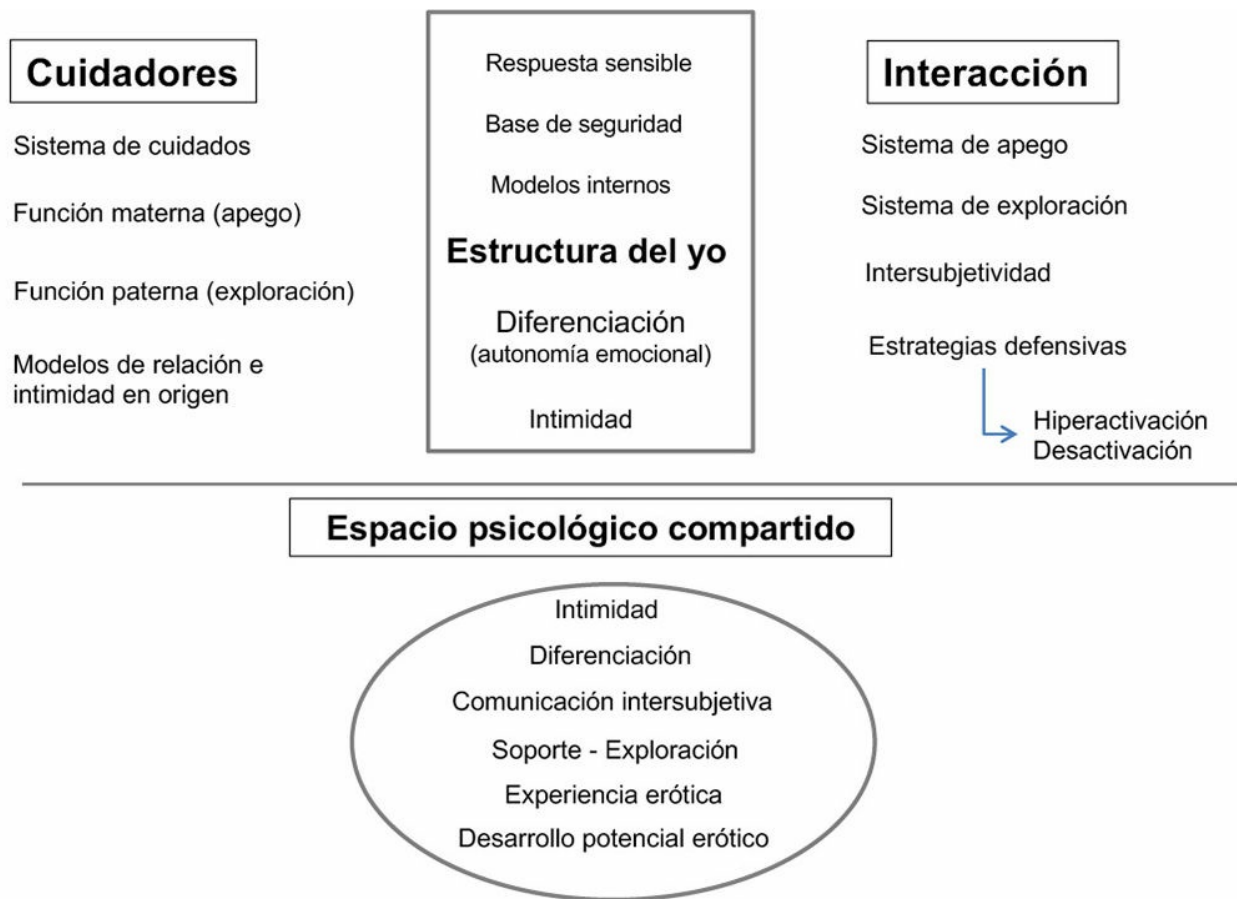


Gráfico 1. Conceptos clave de la teoría del apego en la comprensión de las relaciones afectivas y sexuales.

El punto de partida es la formación de la estructura del yo. Esta, desde la mencionada perspectiva, se gesta en la interacción con la figura de apego a partir de estructuras genéticamente heredadas que contienen programaciones al servicio de la supervivencia. Entre estos sistemas preprogramados se encuentran el sistema de apego y el sistema de cuidados. La capacidad de respuesta sensible de la figura de apego y la capacidad de expresión de estados emocionales por parte del bebé permitirán la interacción contingente, responsable de la producción de representaciones mentales grabadas en la memoria como engramas y cuyo conjunto constituirán los modelos operativos internos expresados en estilos de apego. La base de seguridad se convierte en la plataforma para la exploración (sistema de exploración), tanto del mundo externo como del interno, que permitirá el desarrollo y crecimiento personal a lo largo del ciclo vital. Podemos afirmar, por tanto,

que la capacidad de exploración será una de las claves en psicoterapia, y en particular en la terapia sexual y de pareja.

El desarrollo adecuado del yo permitirá el establecimiento de una estructura sólida que hace posible una nítida diferenciación del mismo, imprescindible para situarse de una manera confortable y segura en la intimidad. La capacidad de comunicación verbal y emocional tiene su origen en el modo de conexión entre el bebé y su figura de apego a través de la intersubjetividad. Esta capacidad es realmente importante en el ámbito de las relaciones adultas de pareja.

El miedo a la pérdida o al abandono es consustancial al ser humano. Para conjurar esta amenaza se pueden activar estrategias adecuadas, conducentes a establecer los soportes emocionales necesarios (estrategia primaria), o inadecuadas cuando se activan estrategias defensivas, a modo de mecanismos de defensa (estrategias secundarias). La comprensión de cómo se activan las defensas y qué efectos producen es esencial para el diseño de modos psicoterapéuticos de intervención (ver gráfico 1).

A continuación, desarrollaremos estos conceptos básicos.

Los seres humanos, como las especies anteriores, nacen provistos de un sistema de conductas a través del cual se busca la proximidad y la interacción con la madre u otro ser con el que se mantengan relaciones privilegiadas, con el fin de buscar la proximidad que garantice la supervivencia. Por otro lado, los progenitores están dotados de un sistema de conductas que les permite interactuar sincrónicamente con el bebé, de modo que se establece el vínculo afectivo a partir de tal interacción. El sistema de conducta del bebé consiste en «expresar» su estado físico y emocional en momentos de necesidad. El sistema de conducta del adulto consiste en «interpretar de forma adecuada» las necesidades del bebé y actuar contingentemente, atendiendo, conteniendo y protegiendo al bebé. En esta interacción, el bebé registra representaciones mentales que se basan en el procesamiento de la información, así como en las emociones esenciales básicas asociadas a la experiencia. El malestar físico —por hambre o por dolor— y psíquico —por angustia procedente de la distancia o de la percepción de inseguridad o peligro— activan el sistema simpático, provocando tensión, alerta, vigilancia. La respuesta contingente del adulto produce la satisfacción de la necesidad y la contención de la

angustia, lo que activa el sistema parasimpático y surge así una sensación de distensión, placer, relajación: en definitiva, seguridad. El conjunto de representaciones mentales constituye los modelos operativos internos que se expresan en estilos de apego. Estos pueden considerarse como rasgos o perfiles de personalidad. Como vemos, la seguridad genera relajación, tranquilidad, sosiego; la inseguridad provoca activación, vigilancia, tensión, estrés, todo ello incompatible con la capacidad de dejarse llevar libremente por la experiencia erótica².

La formación de los modelos operativos internos, que en el futuro regularán las relaciones interpersonales, en particular las de mayor proximidad psicológica, se producen en la interacción con los otros significativos. Están compuestos por el modelo de sí mismo, en términos de autoestima, y el modelo de los demás, en términos de confianza en los otros.

Respuesta sensible. No obstante, en los seres humanos, el proceso de vinculación afectiva es más complejo que la mera yuxtaposición de sistemas de conducta. No es suficiente con respuestas estereotipadas a estímulos concretos. La relación humana entre el bebé y su cuidador requiere de una interacción cualitativamente superior. Mary Ainsworth (1989) definió como respuesta sensible este tipo de relación especial. Esta autora, colaboradora de Bowlby, investigó en profundidad las relaciones entre los niños y sus figuras de apego. Su aportación científica es esencial en la teoría del apego. Ainsworth infirió de sus trabajos que uno de los elementos más importantes para generar vías de desarrollo en el bebé es la respuesta sensible. Se refiere a la sensibilidad por parte del cuidador para percibir las señales del bebé e interpretarlas de forma adecuada. La respuesta sensible cumple dos funciones muy importantes. Por un lado, permite el acceso al estado mental del bebé para interpretar correctamente su necesidad. Por otro, le atribuye un significado a ese estado mental puesto de manifiesto a través de las expresiones del bebé. La atribución de significado implica la puesta en marcha de procesos afectivo-cognitivos complejos, basados, a su vez, en los modelos operativos internos de los padres, que permiten a estos entender o no los estados mentales del niño, reflexionar sobre ellos y actuar en la interacción de modo coherente o incoherente. En la comunicación

interpersonal de los adultos, especialmente en el ámbito de las parejas, se reproduce la capacidad de respuesta sensible hacia las necesidades del otro, que, como vemos, están muy condicionadas por las primeras experiencias, dado que estas se integran y regulan en los modelos internos. La capacidad de respuesta sensible es de particular interés en la comunicación intersubjetiva en el espacio de la intimidad erótica.

Base de seguridad. A partir de la respuesta sensible surge otro concepto clave en el desarrollo y construcción del yo: la base de seguridad. La percepción por parte del bebé de disponer de una figura de apego, sensible, accesible, incondicional y duradera, le otorga una sensación de seguridad que le permite sentirse protegido ante las adversidades. Esta certeza, como es lógico, se adquiere a través de la experiencia en la interacción. La propia relación ofrece al niño la posibilidad de sentirse promotor de las conductas de cuidado por parte de la figura de apego. Cuando la expectativa de ser receptor de los cuidados se cumple de una manera consistente, se instauran en el psiquismo representaciones mentales ligadas a la seguridad, cuyo conjunto constituirán los modelos operativos internos, los cuales organizan una estructura que se expresa en el estilo de apego seguro.

Pero la seguridad básica no se obtiene simplemente por la proximidad, sino que se trata de un estado emocional, un tono del ego, como indica Marrone (2001). Sroufe y Waters (1977) denominaron a este estado «seguridad sentida», y subrayaron la importancia de las emociones en las relaciones de apego, indicando que la sensación de seguridad es más importante que la mera proximidad física, puesto que esta, sin más, no la garantiza.

Sin embargo, Mary Main (1995) afirma que las personas inseguras necesitan encontrar un estado de seguridad basándose en estrategias defensivas como la negación o la hiperactivación de necesidades de apego. A este estado de seguridad, resultado de las defensas, lo denomina «seguridad sentida secundaria», surgida a través de una «estrategia secundaria» de contención defensiva.

En términos de apego, existe una tendencia natural a buscar la proximidad, el contacto, la conexión emocional en pro de la búsqueda de la

«seguridad sentida». A ello lo denominamos *estrategia primaria*.

El miedo a la pérdida, al abandono, a la soledad o a la destrucción es la fuente de angustia principal, que nos acompaña toda la vida y que condiciona las interacciones personales. Las personas inseguras tratan de conjurarla activando defensas. Estas se denominan *estrategias secundarias*, consistentes fundamentalmente en hiperactivar el sistema de apego o desactivarlo, lo que dependerá de las características de los modelos internos que pueden tender a la ansiedad en la relación o a la evitación.

La base de seguridad es la plataforma a partir de la cual nos relacionamos con el mundo exterior y con el propio yo. Está íntimamente ligada al sistema de exploración esencial para el desarrollo personal a lo largo de todo el ciclo vital. Cuanto más sólida sea la base de seguridad, menor será la necesidad de activar mecanismos de defensa, y por tanto mayor será la capacidad de percibir el estado mental propio y de la pareja.

Comprender el estado de la base de seguridad a partir de la cual se establecen las relaciones afectivas y sexuales contribuye a comprender las dificultades de comunicación en el seno del sistema de pareja en la terapia sexual.

Modelos operativos internos. Otro concepto clave en la teoría del apego es el que corresponde a los modelos operativos internos (*internal working model*). Como ya hemos visto, el ser humano pone en juego desde su nacimiento, en función de la tendencia a la filiación y a la búsqueda de proximidad, las conductas necesarias para crear el vínculo con el cuidador o figura de apego. Esta interacción privilegiada genera experiencias que se interiorizan en forma de representaciones mentales, las cuales no son solo meros registros cognitivos, sino que se asocian a afectos y emociones, a modo de engramas, que forman parte del mundo interno del niño/a, cuyo origen se hermana con el del propio sistema nervioso, y por tanto anterior al lenguaje. Este conjunto de representaciones se almacena en la memoria y es en gran medida no consciente.

Las personas interiorizan multitud de representaciones mentales del mundo exterior y también del mundo interior. Por tanto, los modelos operativos internos son un conjunto estructurado de representaciones

mentales de experiencias subjetivas. Estos actúan a modo de filtro respecto a la realidad, procesando la información acerca de uno mismo y del mundo exterior, lo cual permite la estructuración personal y la adaptación al medio. Los modelos operativos internos representan el modelo de uno mismo en términos de autoestima y el modelo de los demás en términos de confianza (Bowlby, 1969).

Estas primeras representaciones mentales, fundamentales en el logro de la seguridad básica, son esencialmente biológicas y preverbales (Wallin, 2007). Por ello, muchas de las reacciones emocionales relacionadas con la seguridad o inseguridad (miedo, tensión, activación fisiológica, estrés, etc.) tienen un origen anterior al lenguaje, resultando en cierto modo irracionales y no reducibles a mera cognición.

Es muy importante considerar que los modelos operativos internos no deben ser entendidos como esquemas de funcionamiento conductual, sino como normas o reglas para procesar la información que influirá decisivamente en el grado de libertad con el que el niño, adolescente o adulto serán capaces de pensar, sentir, recordar y actuar (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Fonagy, 1995).

De ello podemos deducir que la adaptación del bebé al mundo a partir de un sentimiento de seguridad sentida, expresado como un «tono» emocional que se caracteriza por un estado de relajación somática —fruto de la activación del sistema parasimpático, que surge de la relación intersubjetiva con el adulto protector—, determina la integración de nuevas representaciones mentales.

Entre las múltiples definiciones acerca de los modelos operativos internos, proponemos la expuesta por Mario Marrone (2001):

Los modelos operativos son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Los modelos operativos hacen posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia cognitiva, además de la conducta adaptativa... Una función de estos modelos es posibilitar el filtrado de información acerca de uno mismo y del mundo exterior. Pueden coexistir varios modelos operativos de la misma cosa (particularmente de uno mismo y de otras personas). Pueden mantenerse apartados unos de otros o unirse a través de procesos integradores o sintéticos.

Los modelos operativos internos de la relación con la figura de apego no son simplemente una representación episódica y objetiva de lo que «ocurre»

en la relación, sino la historia de las respuestas del cuidador a las acciones o tentativas de acción del bebé hacia la figura de apego (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). La historia de las respuestas del cuidador conformará los modelos operativos internos, estos generarán expectativas y creencias acerca de sí mismo y los demás, que se expresarán en modos distintos de situarse y de responder a demandas de implicación interpersonal. La expresión del conjunto básico de las representaciones mentales que configuran los modelos operativos internos se denominan *estilos de apego*.

La dinámica de conformación de los modelos internos permite destacar la idea de «filtro». En efecto, la realidad es percibida a través del filtro conformado por la propia historia afectiva. Es decir, la realidad no existe como verdad objetiva, sino como una percepción subjetiva de la experiencia que ha sido filtrada por los modelos internos, que son el resultado de nuestra historia socioafectiva. Por ello, los modelos internos generan expectativas hacia la realidad que condicionan la percepción misma de ella y finalmente los comportamientos. Por ejemplo, una persona con una clara tendencia a la ansiedad en la relación desarrollará la expectativa de que, haga lo que haga, al final será abandonada, y, en consecuencia, funcionará de manera defensiva.

Contamos con un considerable volumen de literatura científica, tanto teórica como empírica, que indica la continuidad de los estilos de apego a lo largo del ciclo vital. Además, también disponemos de documentación que indica la existencia de una clara transmisión generacional de estos. La teoría del apego se fundamenta en el hecho de que la construcción del yo no es un proceso exclusivamente interno, sino que se produce y desarrolla en la relación interpersonal con las figuras significativas.

En la relación de pareja se reproducen los sistemas de vinculación y los modelos de intimidad que se integraron a lo largo de la historia socioafectiva. Por ello, la teoría del apego es una aportación realmente importante para comprender las dificultades sexuales en el contexto intersubjetivo y relacional en el que se producen.

1.2. La formación del yo a través de la experiencia intersubjetiva

La teoría del apego no trata simplemente del análisis de los vínculos entre las

personas, como si estas fueran sistemas complejos de comunicación, sino que propone toda una teoría de la personalidad en la medida en que es a través de los vínculos afectivos como se estructura el yo, es decir, la conciencia que tenemos de nosotros mismos.

La historia de la relación entre el bebé y sus figuras significativas se procesan en forma de representaciones mentales, como indicábamos en el punto anterior, y se integran en un todo estructurado que generará la conciencia de sí mismo surgida de la relación especular en la relación intersubjetiva con otros individuos adultos, en coincidencia con autores como Wallon (1987) o Vigotsky (1978).

Tal y como indica Wallin (2007), el yo se desarrolla en tres ámbitos bien definidos e interrelacionados: el cuerpo, las emociones y el mundo representacional. Estos tres ámbitos interactúan entre sí, se influyen mutuamente, aunque resulte difícil diferenciarlos en sus interacciones. De este modo, el yo presentaría las siguientes instancias: el yo somático, el yo emocional, el yo representacional y el yo reflexivo (gráfico 2).

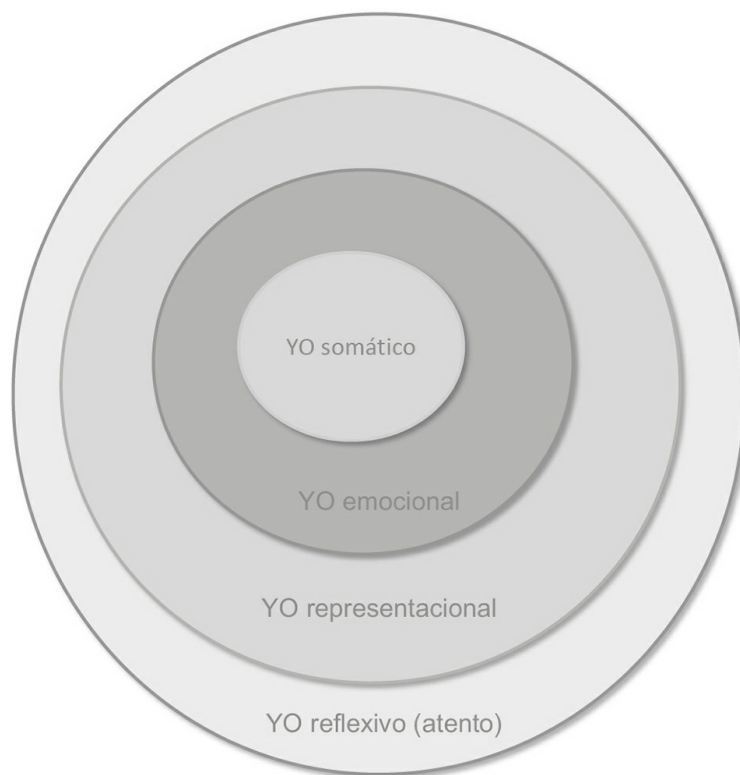


Gráfico 2. La estructura del yo (Wallin, 2007).

El *yo somático*: la experiencia del yo se enraíza en el cuerpo. Las primeras sensaciones del individuo se inscriben en él, son de naturaleza somática. Se experimentan como reacciones físicas preprogramadas a estímulos ambientales y están al servicio de la supervivencia. Bowlby (1988) basa la teoría del apego en la biología evolutiva, de modo que la tendencia a la búsqueda de proximidad al cuidador tiene como objetivo la protección del cuerpo, su integridad.

Según los principales teóricos e investigadores de la teoría del apego, la proximidad continuada con el cuidador tiene la función de regular el funcionamiento interno. La investigación empírica acredita que la calidad de vinculación afectiva, en términos de seguridad-inseguridad, modela la receptividad sensorial del bebé a la experiencia vital. En el cuerpo se producen las reacciones biofisiológicas procedentes del sistema nervioso central que están en la base de las emociones. Las representaciones mentales que configurarán los modelos operativos internos las incluyen. La conciencia de sí mismo surge de la integración de las experiencias vitales filtradas por los modelos operativos internos y de la toma de conciencia del cuerpo y sus sensaciones.

En relación con la experiencia erótica en las relaciones de pareja adultas, estas evidencias se pueden asociar a la calidad de sensaciones físicas placenteras. Probablemente, la capacidad de voluptuosidad, es decir, la capacidad de dejarse llevar por las intensas sensaciones placenteras propias de la respuesta sexual, se relaciona con la seguridad en el apego en el sentido descrito, lo que pone de manifiesto la evidente relación mente-cuerpo.

En el capítulo 2 se describirá el modelo del quantum de respuesta sexual propuesto por Schnarch. En él se postula que el grado de satisfacción sexual es igual a la estimulación física más, menos, los procesos psicológicos. Cómo vemos la capacidad mayor o menor de respuesta a la estimulación física o la percepción de sensaciones corporales sensuales y eróticas podrían ser aspectos explicados desde la estructuración del yo en estos términos.

El *yo emocional*: Bowlby consideró que la emoción adquiere una importancia esencial al indicar que el intercambio de los afectos es el único medio de comunicación en los primeros años de la vida. Posteriormente, numerosos

autores de diferentes orientaciones han corroborado y profundizado en esta aportación bowlbiana.

Fonagy *et al.* (2002) insisten en que la regulación emocional es fundamental para el desarrollo del yo, y que los vínculos afectivos de apego son el contexto primario en el que se aprende a regular los afectos. Por ello, como indica Wallin (2007), los patrones de relación que surgen de las primeras relaciones de apego serán las pautas de regulación de los afectos que determinarán el modo y el grado de receptividad personal ante la experiencia en las siguientes etapas de la vida. Después de la primera infancia, la forma en que nos sentimos es una parte esencial de nuestro sentido sobre quiénes somos.

Destacaremos, además, la importancia de la intersubjetividad en este momento de la estructuración del yo, que desarrollaremos posteriormente.

¿Qué conexión existe entre el yo somático y el yo emocional? La respuesta es evidente. Básicamente, las emociones están conectadas al cuerpo sentidas en él. El cuerpo es el principal receptor. En esta línea argumental, Bowlby indicó que las emociones son «las evaluaciones instintivas del individuo sobre sus propios estados orgánicos». Por otro lado, Wallin afirma que:

[...] las emociones son los procesos por los cuales evaluamos de forma visceral la bondad o maldad de las experiencias con que nos topamos y en gran medida a partir de tales evaluaciones decidimos (consciente o inconscientemente) la forma de actuar (Wallin, 2007).

El *yo representacional*: disponer de una representación del mundo es una necesidad evolutiva. Se desarrolla a partir de las experiencias vividas. Adquirimos el conocimiento del mundo en función de experiencias pasadas que se acumulan en el psiquismo sobre la base de representaciones mentales. Estas nos permiten situar nuestro yo respecto a la relación con los demás y predecir el futuro en función del conocimiento y la experiencia adquiridos.

Desde una perspectiva intersubjetiva, las representaciones significativas están mediadas por la interacción con las personas vinculadas, las figuras de apego. En la formación de las representaciones mentales intervienen el yo somático, en la medida en que la exposición a estímulos procedentes de la realidad produce una reacción somática preprogramada y supervivencial de tensión (activación simpática) —en caso de percepción de inseguridad— o

relajación (activación parasimpática) —en caso de percepción de seguridad—, y el yo emocional, en la medida en que se produce una evaluación instintiva del estado del organismo y un procesamiento cognitivo de la situación vivida.

Como se ha indicado, el conjunto de las representaciones mentales forman los modelos operativos internos que actuarán como reglas de funcionamiento, y no tanto como esquemas fijos, ante nuevos requerimientos comportamentales.

El yo representacional, es decir, la representación que uno tiene de sí mismo, es subjetivo en la medida en que también lo son las representaciones que lo conforman. La subjetividad proviene del tipo de regulación emocional que se produce en la interacción intersubjetiva entre el bebé y su cuidador/a. Si este es capaz de responder sensiblemente, de reconocer y diferenciar el estado mental del bebé, si es capaz de ayudar a modular y contener situaciones de temor, estrés o tensión, de generar seguridad, en definitiva, entonces las representaciones mentales del bebé estarán asociadas a un yo seguro, confiado y autónomo. En caso contrario y según sea el tipo de interacción con las figuras significativas, la tendencia será hacia la desorganización, la ansiedad-ambivalencia o la evitación.

Como propone Wallin (2007), si los primeros vínculos son seguros, el resultado evolutivo dará como resultado una clara tendencia a pensar, percibir, sentir y actuar con apertura y flexibilidad. Estas representaciones flexibles y maleables pueden utilizarse, junto con los sentimientos, como guías en la definición adaptativa de nuestras decisiones conscientes en el futuro. De ahí su interés para la terapia sexual en la comprensión de la dinámica de interacción a lo largo de la experiencia erótica entre personas adultas.

Desde el punto de vista de la estructura del yo, es realmente interesante subrayar la idea de que cuando se produce una base segura interiorizada, las representaciones mentales que la componen sirven para restaurar el equilibrio emocional ante situaciones adversas, de modo que el contacto simbólico con las figuras de apego generan seguridad sin necesidad de buscar un contacto real con ellas (Wallin, 2007; Mikulincer y Shaver, 2003; Holmes 2001). Los estudios acerca de la consideración de Dios como figura de apego simbólica

son muy interesantes. La figura de Dios, aun siendo simbólica, cumple con las funciones de la figura de apego: incondicionalidad, accesibilidad y disponibilidad.

Así como el yo emocional se enraíza en la experiencia corporal (yo somático), el yo representacional se arraiga en la experiencia emocional (yo emocional):

[...] las representaciones de nosotros mismos, de los demás y de los vínculos no solo tienen una fuerte componente emocional, sino que en la mayoría de los casos están dominadas, al margen de la conciencia, por las emociones que las apuntalan (Wallin, 2007).

Desde el punto de vista psicoterapéutico, tiene un gran interés considerar que la dimensión emocional inconsciente de las representaciones mentales la hace particularmente resistente al cambio. En este sentido, citamos de nuevo a Wallin (2007):

[...] como las emociones conllevan señales corporales para los demás y para nosotros mismos, la expectativa de que nuestro intento de acercamiento sea rechazado puede suscitar sentimientos de miedo e ira, cuya expresión corporal inconsciente provoca precisamente ese rechazo que espera nuestro modelo interno.

El *yo reflexivo*: constituye esa parte del yo que permite tomar conciencia de la subjetividad de la que parten los sentimientos, las emociones, las creencias, los objetivos y las intenciones del comportamiento humano, los cuales integran la conciencia de sí mismo, en relación con los demás y con el ambiente. Como ya se ha comprobado, la percepción de la realidad es siempre subjetiva en la medida en que está tamizada por los modelos operativos internos que funcionan como filtros que dependen del tipo de experiencia vincular a lo largo del desarrollo. El yo reflexivo surge de la capacidad de metacognición propuesta por Mary Main (1995), que consiste en la capacidad de «pensar sobre nuestros propios pensamientos», es decir, la capacidad de flexibilizarlos y relativizarlos. Ello significa que lo que pensamos sobre un acontecimiento que nos implica es tan solo una interpretación de la realidad entre otras posibles.

Posteriormente, y profundizando en este concepto, Fonagy propone el concepto de *mentalización*, a partir de su teoría de la mente, consistente en la capacidad de interpretar la conducta humana en términos de estados mentales

subyacentes, lo cual permite separar la realidad de la naturaleza meramente representativa de los sentimientos y creencias, es decir, captar la distancia entre la apariencia y la realidad (Bateman y Fonagy, 2016). Pongamos un ejemplo. A alguien le ocurre algo. Ante ello hace una interpretación «A» de lo acontecido. Podría haber hecho las interpretaciones «B» o «C», igualmente válidas. La cuestión estriba en que «A» lleva asociadas determinadas emociones, mientras que «B» o «C» activan emociones diferentes. Una pareja está manteniendo relaciones sexuales. Él llega al orgasmo relativamente pronto. Ella hace la interpretación «A»: «Es un egoísta. Pasa de mí. Siempre va a lo suyo. Así nunca disfrutaré del sexo». Sin embargo, él está convencido de que la falta de control sobre su reflejo orgásmico impide conectar con la experiencia que está viviendo. La interpretación que hace ella parece no ajustarse a los sentimientos de él y provoca emociones y sentimientos como la ira, el enojo o la confrontación. Podía hacer la interpretación «B»: «Se le ve seguro de lo que hace, pero hay algo que no me satisface. Tal vez debería centrarme en comprender mi propio erotismo, así podríamos sintonizar mejor y resolver esto que me inquieta». Sin duda, esta segunda interpretación no activa las emociones que mantienen el conflicto. La labor terapéutica consiste en promover la mentalización que permita al sujeto conectar con el origen de sus propios sentimientos al tiempo que flexibiliza la interpretación acerca de las intenciones y objetivos de la otra persona.

Tanto las aportaciones de Main como las de Fonagy permiten considerar que la experiencia del yo no es una experiencia netamente objetiva, sino más bien una realidad subjetiva que depende de la integración de las representaciones mentales que se han ido forjando a lo largo del desarrollo. En este sentido, la capacidad de mentalización es más propia de las personas seguras, porque disponen de mayor flexibilidad en la diferenciación de la realidad respecto a los estados mentales subyacentes a los comportamientos. Ello se explica porque la base de seguridad permite que el yo no se perciba en permanente amenaza, dado que la experiencia vincular ha generado representaciones mentales ligadas a relaciones confiadas. Por ello, las representaciones mentales que configuran la conciencia del yo están mejor integradas y menos disociadas, lo cual hace posible que no sea necesaria una

activación permanente de las defensas.

Por el contrario, las personas que carecen de una sólida base de seguridad, las inseguras, ansiosas, evitativas o desorganizadas están abocadas a activar estrategias defensivas secundarias para conjurar una percepción permanente de amenaza de desestructuración del propio yo como resultado de la angustia surgida del temor a la pérdida o el abandono.

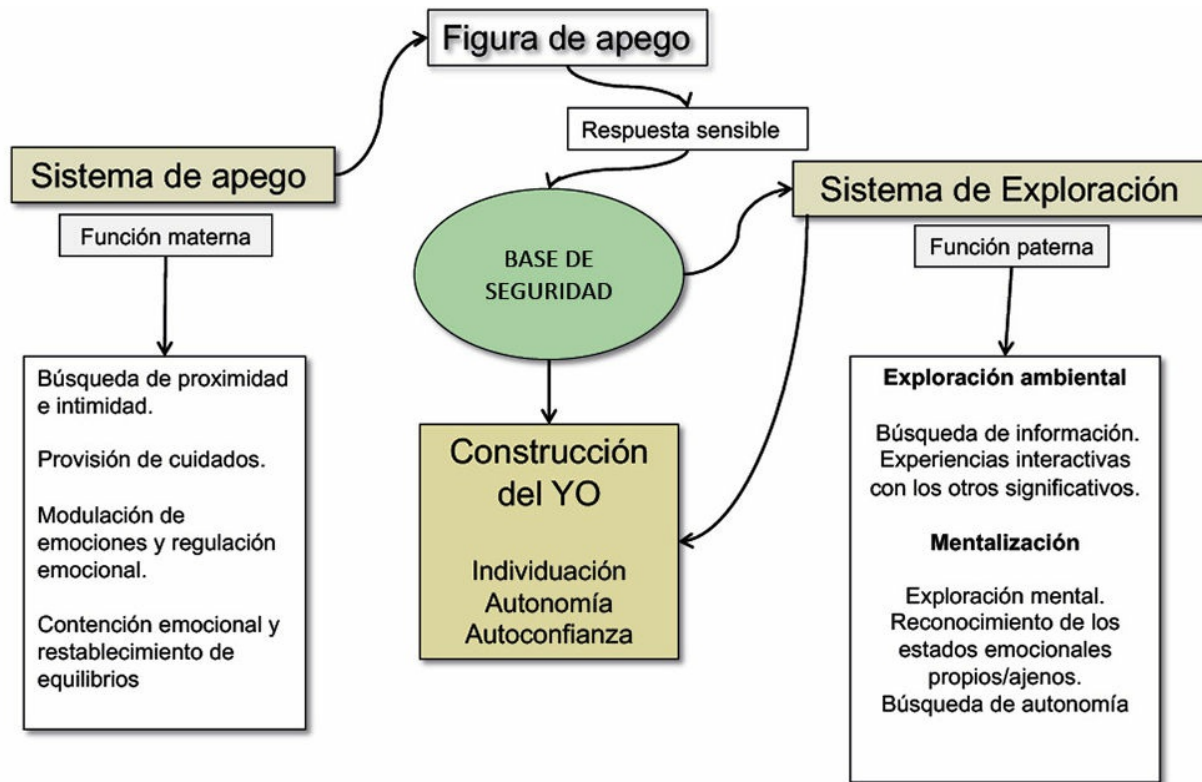
En resumen, podemos afirmar que el objetivo fundamental de la construcción del yo consiste en lograr una identidad propia, es decir, una clara conciencia de ser un sujeto diferenciado, autónomo, único e irrepetible. Tal y como afirmó Erick Erickson, solo desde el estado de identidad realizada es posible la intimidad. En relación con la terapia sexual, recordemos a Helen Singer Kaplan cuando afirmaba que gran parte de los problemas sexuales tenían que ver con el miedo a la intimidad. La teoría del apego, como estamos viendo, aporta la fundamentación teórica necesaria para comprender y profundizar en la afirmación kaplaniana.

Este proceso de convertirse en persona no se puede comprender si no es desde la interacción con el ambiente, en una relación especular con los otros significativos. La comprensión de la importancia de la vinculación afectiva en el espacio de la intimidad erótica es esencial en terapia sexual. Profundizamos en ello en el siguiente punto.

1.3. La base de seguridad y la capacidad de exploración en la construcción del yo

Así pues, el yo se genera, entre otros procesos, a través de la vinculación afectiva entre el bebé y la figura con la que establece una relación privilegiada. La capacidad de respuesta sensible de la figura de apego hace posible que esta se constituya en base de seguridad a partir de la cual el bebé puede desarrollar su capacidad de exploración esencial para el desarrollo. Vemos en el gráfico 3 cómo la activación del sistema de apego permite la búsqueda de proximidad con la figura significativa, la cual propicia la base de seguridad a través de la que el sujeto va integrando las representaciones mentales que conformarán la estructura del yo. Conviene seguir este proceso, pues en él se encuentran las claves para comprender la dinámica de relación

entre las personas que comparten la experiencia erótica. El interés en ello se concreta en dos aspectos: a) la promoción de la salud en lo que posteriormente definiremos como desarrollo del potencial erótico y b) la comprensión de las dificultades sexuales comúnmente consultadas.



Para Bowlby: autonomía = autoconfianza (seguridad)

Gráfico 3. La construcción del yo desde la perspectiva relacional e intersubjetiva.

La base de seguridad es la plataforma que sirve de soporte del sistema de exploración, lo que permite, por un lado, explorar el mundo exterior y procesar la información que proviene de las experiencias externas ambientales, y, por otro, explorar el mundo interior, es decir, reconocer los propios estados mentales, tomar conciencia de las sensaciones corporales y de las emociones asociadas, reconocer los propios sentimientos, los estados de ánimo y las respuestas evocadas por acontecimientos externos. Para ello es necesario tener la capacidad de tomar distancia respecto a la figura de apego para poder explorar de forma autónoma tanto el mundo exterior como el

interior.

Según la calidad de la historia socioafectiva, el yo se caracterizará por una clara conciencia de sí mismo (diferenciación), la cual hará posible la autonomía personal. Como es sabido, la calidad de las interacciones está relacionada con las formas de comunicación entre las personas vinculadas que deben caracterizarse por la contingencia y la sintonía emocional (Lyons-Ruth, 1999). En la segunda parte de este libro se analizará la importancia de la diferenciación del yo, necesaria para la autonomía emocional, en relación con la calidad de la experiencia erótica.

Expresado a través de una imagen plástica, diremos que la construcción del yo a través de la vinculación afectiva se produce a partir de una fuerza centrífuga que impulsa al individuo hacia el contacto, la proximidad y la intimidad (sistema de apego: estrategia primaria), con el fin de lograr seguridad, confianza y contención ante la frustración, y otra centrípeta, que impulsa al individuo hacia el interior de sí mismo, hacia la diferenciación e integración del yo, es decir, hacia el logro de la autonomía personal. La base de seguridad proporciona el «punto de apoyo» necesario para la exploración. Es como si funcionase como un cargador de batería que dota al individuo de la fuerza necesaria, tanto para la exploración del mundo externo como del interno. Siguiendo este símil, observamos que la carga de un teléfono móvil lo dota de autonomía, aunque inexorablemente tendrá que volver a su base para recargarse y recuperarse.

Por un lado, los seres humanos somos portadores de los programas genéticos que dirigen los sistemas de conducta y dirigen al individuo hacia la búsqueda de seguridad (sistema de apego), y por otro, de los que le impulsan a explorar el mundo, interno y externo (sistema de exploración), algo necesario para la construcción de un yo sólido y autónomo³. Recordemos que la capacidad de exploración está relacionada con la seguridad del apego.

Desde la teoría del apego, se distinguen dos funciones a lo largo del desarrollo personal: la función materna y la función paterna (Juri, 2011). Ambas deben cumplir con sus propios objetivos, que evidentemente son complementarios y actúan en sinergia. Los términos «materno» y «paterno» tienen un carácter simbólico. No se refieren a las funciones del padre y de la madre en sentido literal, sino a la función en sí misma. Por tanto, la función

paterna o materna puede ser ejercida por cualquiera de las personas significativas, independientemente de su sexo y de su género.

Conviene indicar que existe una gran susceptibilidad respecto a los términos «materno» y «paterno», sobre todo desde los estudios de género. Este prejuicio se suele extender al concepto de «cuidados», considerando que la teoría del apego es sexista. A mi modo de ver, esta afirmación es injusta y equivocada. Este error proviene de un prejuicio, es decir, de un juicio previo que da por supuesto que esta teoría atribuye (y legitima) la función materna a las mujeres y la función paterna a los hombres, así como subraya que los cuidados son propios de las mujeres. Nada más lejos de la realidad. Existen estudios que aportan evidencia empírica en el sentido de que la incapacidad de cuidar a los semejantes depende más de los modelos internos (seguridad-inseguridad, tendencia a la ansiedad y/o evitación) que del sexo tanto en hombres como en mujeres (Gómez-Zapiain, Ortiz Barón y Gómez Lope, 2011, 2012).

Podríamos sustituir perfectamente los rótulos «función materna» y «función paterna», por «función A» y función «B»; sin embargo, mantendré los términos para respetar la línea de autores e investigadores relevantes en este y otros marcos teóricos, apelando a la flexibilidad de los lectores.

La función materna se corresponde con la estrategia primaria, que consiste en lograr la seguridad a través de la proximidad con la figura de apego. Son propios de esta función la promoción de la proximidad, el fomento de la intimidad, el ofrecimiento de cuidados, la contención, el apoyo y la protección en situaciones de aflicción o peligro respecto a la persona vinculada. La función materna contribuye esencialmente a la promoción de la base de seguridad a través de la cual es posible la exploración del mundo. Recordemos que las funciones de la figura de apego consisten en ser base de seguridad y puerto de refugio. La «ansiedad de separación» es un efecto que se produce una vez creado el vínculo. En sentido estricto, solo se puede hablar de vínculo de apego cuando la figura vinculada cumple estas funciones.

La función paterna se corresponde con la promoción del sistema de exploración del mundo. Promueve el logro de la formación de un yo sólido y autónomo expresado en términos de autonomía personal. La exploración

permite la ampliación y desarrollo del yo. Esta no se refiere exclusivamente a la exploración del mundo físico, que aporta la experimentación con la realidad y las posibilidades de aprendizaje en términos generales, sino también a la capacidad de exploración del mundo interno, al conocimiento del propio yo y al reconocimiento de los estados mentales que subyacen al comportamiento y a las emociones propias, y por tanto a la capacidad de regulación emocional y de la conciencia de las motivaciones, estrategias y objetivos vitales. La capacidad de metacognición (Main) o de mentalización (Fonagy) está relacionada directamente con la capacidad de exploración del mundo interno que se sustenta en el yo reflexivo, el yo atento. Como ya se ha dicho, la capacidad de exploración se relaciona con la seguridad básica, de tal modo que las personas inseguras tendrían menor capacidad de exploración, tanto del mundo externo como del interno, así como de confundir la percepción de la realidad con la realidad misma. Por consiguiente, la capacidad de conocimiento de sí mismo y la percepción y valoración del ambiente estarían claramente mediatizadas por los modelos operativos internos expresados en estilos de apego.

Como vemos, ambas funciones son complementarias y actúan en sinergia. La base de seguridad desarrollada en las primeras relaciones con la figura de apego, producidas a través de formas de comunicación colaborativa, sintónica y contingente (Lyons-Ruth, 1999), se caracteriza por el sentimiento de «seguridad sentida» (función materna), que impulsa al individuo a la exploración del mundo exterior (función paterna) (Juri, 2011).

No cabe duda de que toda exploración es una aventura cuyo fin es el logro de los objetivos establecidos, pero no está exenta de peligros, dudas, fracasos y sufrimiento. Imaginemos cualquiera de las grandes exploraciones humanas, el descubrimiento de la Antártida, la conquista de la Luna o la ascensión al Everest. Todas ellas se lograron a pesar de dudas, intentos y fracasos. Pero todas ellas dispusieron de plataformas de apoyo, soporte logístico, bases de seguridad (campamentos base, cápsulas o bases espaciales, refugios intermedios, etc.). Lo mismo ocurre en el ser humano respecto a la aventura de su propia madurez.

La exploración humana de su propia realidad se hace posible si se dispone de bases de seguridad, figuras de apego, personas significativas, que sean

percibidas como sensibles, receptivas, accesibles, incondicionales y duraderas.

Podemos decir, por tanto, que la madurez del yo, expresada a través de su integración y coherencia, depende en gran medida de la capacidad de exploración, que a su vez requiere de la seguridad del apego. Llevando la cuestión al tema que nos ocupa, la calidad de la experiencia erótica depende de la capacidad de exploración de las sensaciones eróticas tanto físicas como emocionales. El desarrollo del potencial erótico⁴ depende de la capacidad de exploración, tanto del mundo exterior, que se despliega ante las personas protagonistas en el espacio erótico compartido, como del mundo interno, lugar en el que cada individuo conecta, si es posible, con sus fortalezas o debilidades, con su capacidad de vibrar con la intensidad de la experiencia, o con los miedos y fantasmas que amenazan desde la trastienda.

El conocimiento aportado desde el marco teórico de la teoría del apego, ampliamente respaldado por la investigación empírica en el ámbito de la infancia y la adolescencia, permite extrapolar los resultados al mundo de las relaciones de pareja en los adultos. De ahí que las aportaciones de la teoría del apego sean realmente importantes en el ámbito de la terapia sexual y de pareja.

1.4. Importancia de la intersubjetividad

En principio diremos que no existe una definición unívoca, aunque se entiende por intersubjetividad «la influencia recíproca de las subjetividades conscientes e inconscientes de dos personas en un vínculo» (Natterson y Friedman, 1995, citado por Wallin, 2007).

Para comprender en profundidad el concepto de intersubjetividad, es necesario diferenciarlo del apego. Como indican Cortina y Liotti (2009), el apego tiene la función de aportar seguridad y proporcionar bienestar en la relación, mientras que la intersubjetividad tiene como función favorecer la comunicación, la comprensión de las intenciones de la pareja, la transmisión de las propias y estimular la cooperación. No cabe duda de que ambas funciones se complementan mutuamente.

Desde el punto de vista de la evolución, el sistema de apego es más

antiguo. Su función es claramente supervivencial. Cuando las especies fueron evolucionando hacia seres más complejos, estos nacían en precario, es decir, sin capacidad de supervivencia. El sistema de apego, expresado en conductas de proximidad hacia los progenitores (adultos protectores), surge como forma de supervivencia de los individuos, y por tanto de los grupos. Las conductas de apego son comunes en muchas de las especies subhumanas.

Sin embargo, la intersubjetividad es evolutivamente posterior y supuso un salto cualitativo de gran importancia que distanció al ser humano del resto de las especies. La función que desarrolla se relaciona con las capacidades comunicativas, como la capacidad de leer la mente del otro, deducir intenciones y mostrar las propias, es decir, compartir estados mentales (Juri, 2011). En el origen, el desarrollo y evolución del yo se produce a través de la intersubjetividad.

La intersubjetividad es fruto del proceso de telencefalización del ser humano, responsable de la capacidad de abstracción mental, del pensamiento y del lenguaje. Según Juri, la intersubjetividad hizo posible un compromiso social que vinculaba emocionalmente las mentes de los homínidos. En expresión de Wallin, la intersubjetividad es la *interfaz*⁵ entre dos mentes.

Trevarthen (1979) diferencia la *intersubjetividad primaria* y la *secundaria*. La primaria consiste en una especie de *proto-conversación* en los primeros meses de existencia, cuando el cuidador y el bebé desarrollan una serie de movimientos similares, una suerte de juegos basados en la mímica facial y corporal, las caricias, la imitación de sonidos, etc. Son intentos de comunicación, muy anteriores al lenguaje, en los que se produce un reconocimiento mutuo. Cuando un cuidador reproduce los sonidos del bebé, este se reconoce en ellos. Es como si fuesen dos seres de distintas galaxias que se esfuerzan en alcanzar unos códigos comunes de comunicación: «te reconozco», «te comprendo», «capto tu estado mental», «nos comunicamos».

La intersubjetividad secundaria es obviamente posterior. Según los autores, significa que el niño/a puede relacionarse con otra persona y un objeto, de tal modo que aparecen formas compartidas de significado respecto a ese objeto. Cuando esto sucede (a partir de los seis meses), el niño/a amplía su capacidad de autonomía y reconocimiento del yo como un ente diferenciado de los demás. Vemos, por tanto, que la estructura del yo surge a

partir de las relaciones intersubjetivas con los otros significativos. Ello significa que cualquier referencia a la experiencia interior tiene relación con la interacción de otra persona significativa. En este sentido, Diamond dice:

En psicología evolutiva, la intersubjetividad frecuentemente se ha referido a la calidad de la forma de relacionarse, donde el niño y el cuidador comparten sentimientos mutuos. [Y añade:] La intersubjetividad es el contexto donde se realiza el desarrollo individual. Esto significa que cualquier referencia a la experiencia interior tiene relación con la interacción de la persona con los otros (Diamond, 2001).

Por tanto, la intersubjetividad promueve un estado de sintonía relacional. Esta se define por la concordancia entre las emociones, los pensamientos y los comportamientos de las personas que están intersubjetivamente conectadas. Surge a partir de sus bases neurofisiológicas cerebrales que se relacionan con el ambiente. Sabemos que el bebé nace dotado de estos mecanismos, que le orientan hacia la interacción con adultos significativos. De este modo, tal y como indican los principales expertos, la división tradicional entre la mente y el cuerpo no es sostenible. Damasio (1994) va más allá al ofrecer evidencia acerca de la dependencia entre la mente y la totalidad del cuerpo, no solo del cerebro.

Por ello, la neurobiología actual tiende a estudiar la interacción entre cerebros. Como indican Diamond y Marrone (2003), esta comunicación directa entre cerebros, especialmente entre hemisferios derechos, regula los estados psicobiológicos y provee de la trama neurobiológica de la intersubjetividad. De este modo, experiencias interpersonales sensorio-somáticas quedan grabadas en la memoria procedimental. Esta memoria se localiza en el hemisferio derecho y se relaciona con los componentes no verbales de los modelos operativos internos.

Diamond (2001) considera, citando a Trevarthen (1993), que:

[...] la comunicación intersubjetiva es corpórea y tiene concomitantes psicológicos y neurofisiológicos. Lo que podríamos llamar intersubjetividad corpórea es crucial para el desarrollo emocional. Es crucial en la infancia, pero tiene importancia a lo largo del ciclo vital.

En esta línea de pensamiento, el autor citado indica que la proto-conversación, a la que Trevarthen se refiere cuando define la intersubjetividad primaria, es una forma de lenguaje, puesto que los significados también se desarrollan en intercambios no verbales con las personas significativas. La

comunicación entre el bebé y su cuidador se produce a través de gestos, movimientos y sonidos, mucho antes de que este pueda articular palabras. El pensamiento y la acción se desarrollan juntos.

Trevarthen (1993) mantiene que la comunicación no verbal es la base de la comprensión interpersonal y de la capacidad lingüística emergente.

Vistas así las cosas, diremos que la estructura del yo se construye en la relación intersubjetiva y la seguridad del apego se logra a través de esta sintonía relacional. Sin embargo, cuando aparece un cierto grado de disfuncionalidad en la relación, por ejemplo, por cuestiones temperamentales del bebé o por alteración en los modelos operativos del cuidador (personas con intensa tendencia a la ansiedad o a la evitación), la comunicación emocional, fluida y sintónica, puede resentirse, marcando posibles dificultades relacionales en el futuro.

El gráfico 4 representa el ámbito de la intersubjetividad. La experiencia de todo ser humano es siempre subjetiva en la medida en que la realidad está filtrada por los modelos operativos internos. Tanto la información que procede de la realidad externa como la experiencia que proviene del almacén mnémico, en gran parte inconsciente, son filtradas por aquellos modelos, dando lugar a la experiencia actual consciente, que es subjetiva en la medida en que es una interpretación de lo que está ocurriendo. La intersubjetividad es el espacio compartido de dos subjetividades que interactúan entre sí.

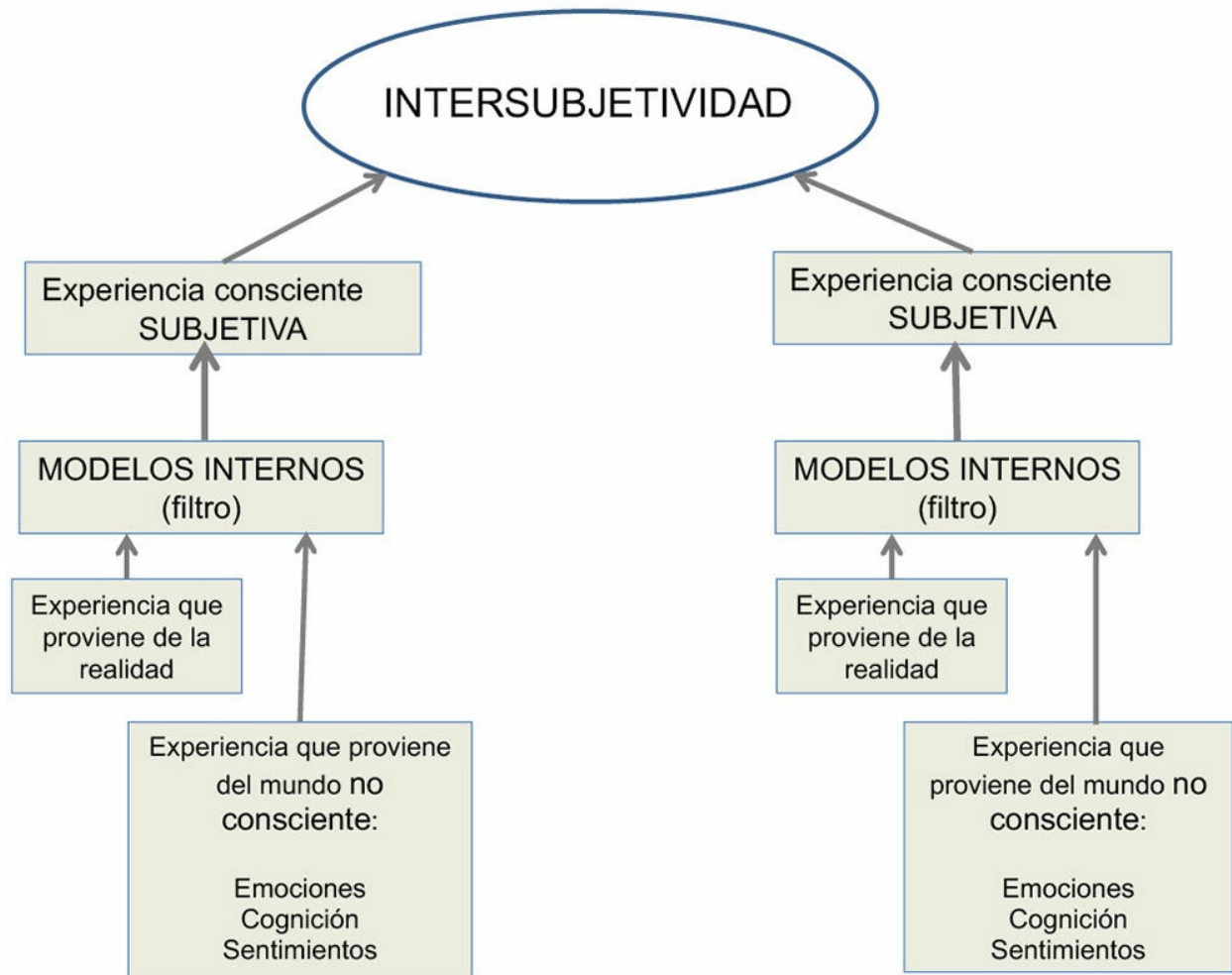


Gráfico 4. La intersubjetividad desde la teoría del apego.

El procedimiento a través del cual el individuo puede llegar a tomar conciencia de que el mundo exterior es distinto a la realidad interna es la mentalización. Solo a través de la capacidad reflexiva que esta exige es posible ser consciente de que la experiencia subjetiva es tan solo una interpretación, entre otras posibles, de la realidad, estando esta en la base de los conflictos. Las reacciones emocionales ante los acontecimientos están directamente relacionadas con las interpretaciones que se hacen de estos. La capacidad de mentalización es necesaria para lograr la flexibilidad psicológica suficiente en el manejo de las relaciones interpersonales, especialmente las conflictivas (Bateman y Fonagy, 2016). El uso de la mentalización como procedimiento psicoterapéutico forma parte de la terapia sexual comprensiva. Es, sin duda, una contribución importante procedente de

la teoría del apego.

La relación de pareja, en sus aspectos más esenciales y profundos, es siempre intersubjetiva, porque finalmente son dos personas, dos subjetividades que se relacionan entre sí.

El ámbito interrelacional en el sistema de pareja en el que se desarrolla la experiencia erótica está regulado por estos procesos que provienen de la historia socioafectiva. La teoría del apego afirma que el bienestar psicológico en el espacio de la intimidad depende del desarrollo de la autonomía del yo, es decir, del grado de seguridad personal que hace posible la ausencia de defensas que obstaculicen la apertura a ella.

En capítulos posteriores afirmaremos que la calidad de la experiencia erótica y su intensidad dependen no solo de la estimulación física, sino también de los procesos psicológicos (modelo del quantum). Las aportaciones acerca del papel de la intersubjetividad en el proceso de construcción del yo hacen referencia, por un lado, a la corporeidad, base de la expresión emocional y tapiz de sensaciones eróticas, y, por otro, al acceso al mundo interior que hace posible la regulación de la interacción en la comunicación.

De ahí su interés en la terapia sexual y de pareja, pues gran parte de las dificultades eróticas están relacionadas con el miedo a la intimidad, cuya ansiedad generada inhibe la capacidad de dejarse llevar por la experiencia erótica misma.

La relación intersubjetiva a través de la mentalización permite interpretar de modo flexible el estado mental del otro, actuando en consecuencia y expresando los propios sentimientos. Cada miembro de la pareja interpreta la situación y actúa introduciendo estos elementos en el flujo del sistema. Desde un punto de vista óptimo, la adecuada y recíproca interpretación del estado mental propio y de la pareja contribuye a un espacio de intimidad, entendido como un estado psicológico compartido, cálido, seguro y confiado, en el que las necesidades afectivas y sexuales pueden ser satisfechas. Ahora bien, el criterio de satisfacción erótica en estos términos dista bastante del criterio estereotipado de rendimiento sexual basado exclusivamente en el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual.

1.5. Intimidad y diferenciación

En los puntos anteriores hemos visto que la identidad, entendida como la expresión de la estructura del yo, se desarrolla en el contexto de la interacción interpersonal. La evolución de todo ser humano tiene como objetivo lograr la máxima autonomía personal (diferenciación), que se logra a través de una identidad bien definida, bien limitada y bien diferenciada, es decir, a través de un yo estructurado, sólido, estable y seguro. Esta es una tarea que se desarrolla a lo largo del ciclo vital, aunque, como es evidente, se conforma en los primeros años de la vida.

La diferenciación del yo desempeña un papel realmente importante en las relaciones interpersonales, en especial en las situaciones de mayor proximidad psicológica, como en la intimidad. El bienestar y la seguridad en la intimidad psicológica dependen del grado de diferenciación del yo. Ello es de particular interés para la comprensión de las dificultades en las relaciones de pareja, tanto afectivas como eróticas. Desarrollaremos, por tanto, esta cuestión.

Se define la *diferenciación del yo* como el proceso por el que las personas son capaces de manejarse a sí mismas, al tiempo que lo hacen con otra persona. Dicho de otro modo, la diferenciación del yo permite conectarse emocionalmente con otra persona sin perder la conciencia de los límites del propio yo.

La diferenciación del yo necesita del equilibrio entre dos importantes motivaciones vitales. Por un lado, la tendencia a la cohesión del yo que impulsa al individuo a seguir sus propias determinaciones para apuntalar una identidad única, solvente y sólida. Por otro lado, la tendencia a la vinculación, que le impulsa a considerar las pautas que marcan los demás para integrarse en el grupo, familia o pareja.

Para lograr este equilibrio, tal y como hemos indicado antes, es necesario que tanto el sistema de apego (función materna) como de exploración (función paterna) logren sus objetivos.

Cuando estas dos motivaciones están equilibradas y actúan en sinergia, la experiencia de la intimidad puede ser profunda, dando lugar a una gran fusión emocional sin que se resienta la integridad del yo.

En el acervo popular se tiende a pensar erróneamente que la necesidad de búsqueda de la diferenciación (autonomía personal) está reñida con la necesidad de búsqueda de vinculación afectiva (apego). Sin embargo, la diferenciación es un proceso de orden superior que implica el equilibrio entre la autonomía y la conexión con el otro.

Solo desde la autonomía personal es posible una relación segura y coherente con la otra persona en el espacio de intimidad, tal y como indica Erickson (1968):

La autonomía es importante para la intimidad porque permite a uno mismo llegar a estar verdaderamente próximo a otra persona. Cada persona debe tener confianza en la autonomía de ambos, de modo que el propio yo esté libre del miedo a ser engullido por la propia relación.

En esta misma línea, Erickson (1968) y posteriormente Marcia (1980), refiriéndose al desarrollo de la identidad en la adolescencia, indican que antes de llegar al último estadio, el adolescente únicamente puede pensar en términos de «yo». Lo urgente en ese momento es la reafirmación personal, toda la energía está dirigida a la consolidación del «yo». Los autores citados indican que solo cuando se alcanza el último estadio de desarrollo de la identidad, «identidad realizada», se comienza a pensar en términos de «nosotros». Es a partir de este punto cuando se hace posible la intimidad.

La diferenciación del yo, expresada en forma de autonomía personal, se sustenta paradójicamente en el reconocimiento de la necesidad de depender de personas significativas, entendida la dependencia como confianza. Fenney (2007) obtuvo evidencia empírica en este sentido, indicando que las personas que reconocen su necesidad de dependencia o confianza son precisamente las más autónomas emocionalmente. Se sobrentiende que *dependen* evoca una necesidad, es decir, la necesidad de confiar en los otros significativos. Ello indica la necesidad de aceptar un grado de dependencia hacia los demás. En español, el término *dependencia* conlleva un halo de impopularidad. Si preguntas a alguien: «¿Te gusta *dependen* de las personas que son significativas para ti?», la respuesta será un claro no. Pero si preguntamos: «¿Te gusta *confiar* en las personas que son significativas para ti?», la respuesta probablemente sea sí.

Vemos, pues, que la «paradoja de Fenney» corrobora lo anteriormente expuesto, en el sentido de que la autonomía personal, que permite estar de

modo confortable y seguro en el espacio de la intimidad, requiere del equilibrio entre las dos motivaciones expuestas: a) la tendencia a la integración, cohesión y afirmación del yo (función paterna, sistema de exploración) y b) la tendencia a la vinculación (función materna, sistema de apego).

Por tanto, a las personas que tienden a la seguridad en el apego les gusta, se sienten cómodas confiando en otras personas, siendo esto una necesidad. No les agrada depender de nadie, si ello supone un menoscabo de su autonomía.

La relación entre la autonomía personal y la intimidad es evidente y su estudio aporta algunas claves importantes para la comprensión de las dificultades afectivas y sexuales en el seno de la pareja, como veremos a lo largo de este libro.

La intimidad⁶, entendida como un espacio psicológico compartido y como la capacidad de conexión profunda con otra persona, puede ser percibida como lugar arriesgado, peligroso o amenazante, ya que en el espacio de la intimidad uno está totalmente desnudo, no hay trucos que valgan. Como bien afirma Cassidy (2001), la intimidad es el corazón del ser, es el lugar donde reside nuestro secreto, la verdad de nosotros mismos. Es lógico, por tanto, que las personas inseguras tengan dificultades para conectar con la intimidad y activen defensas para protegerse de ella.

Helen Singer Kaplan (1979) afirmaba, según su experiencia, que en gran parte de las dificultades sexuales subyacía el miedo a la intimidad. Dada su formación psicodinámica, explicaba este miedo desde parámetros psicoanalíticos. Sin pretender contraponer la teoría del apego con el psicoanálisis, puesto que al fin y al cabo está en su raíz a pesar de las divergencias teóricas, esta última ofrece algunas claves relevantes para entender el origen del miedo a la intimidad tal y como acabamos de indicar. Existen dos fuentes importantes en relación con el miedo a la intimidad: por un lado, la angustia de separación y, por otro, el miedo a la desintegración. He aquí alguna de sus causas:

Angustia de
separación

Miedo a exponerse ante la otra persona al revelar fragilidades y vergüenzas,
aspectos privados de uno mismo.

Miedo al abandono, preocupación de que si la otra persona llega a conocernos demasiado, pueda descubrir aspectos indeseables y por ello abandonarnos.

Angustia de
desintegración

Temor a ser invadido, avasallado, culpabilizado, forzado a hacer algo que no puede o no desea.

Miedo a perder el control.

Miedo a los propios impulsos destructivos. Miedo a ser absorbido por el otro, perdiendo la propia individualidad.

Por todo ello, las personas bien diferenciadas son capaces de disfrutar de la intimidad y, al mismo tiempo, pueden mantenerse en la unión con el otro sin que sea percibida como amenazante. Las personas con dificultades de diferenciación, cuando intiman, tienden a sentir que pueden ser engullidas por el yo de la otra persona. Tienden a sentir que su yo podría ser devorado por la propia relación de intimidad. Es como si los límites de uno mismo se diluyesen en la relación, perdiendo de este modo la conciencia de sí mismo, despersonalizándose. Empleando una metáfora, sería equiparable al terror que una pastilla efervescente debe sentir ante la proximidad del agua.

Desde el punto de vista de la dinámica de pareja, Schnarch (1991) indica que la diferenciación es lo que permite a las personas participar e implicarse en el sistema relacional, ya sea de pareja, familiar o social, sin el temor de ser capturado por él. Para este autor, la diferenciación, es decir, el desarrollo de un grado de autonomía personal razonable, estaría relacionado con:

- a) La capacidad de mantener el sentido de uno mismo como un ser separado (independiente) en las relaciones de proximidad con otra persona.
- b) La capacidad de no reaccionar de modo reactivo a la reactividad de la pareja, en el supuesto de que esta muestre un grado de diferenciación personal inferior. Es decir, mantener la serenidad que impide ser arrastrado por la espiral de reacciones que puedan provenir de la inmadurez de la otra parte, entendiendo esta dinámica en el ámbito del sistema de pareja.
- c) Capacidad razonable de autorregulación emocional en relación con el otro. Es decir, que la autorregulación emocional parta de los recursos

de la autonomía del yo y no de una reacción defensiva ante las exigencias que provienen de la persona en relación.

- d) Capacidad para desarrollar una actitud expansiva de crecimiento personal en sinergia con la pareja como modo de conjurar el miedo defensivo al crecimiento personal.

La capacidad de conectar con la experiencia erótica en su conjunto (no solo con las conductas sexuales), la capacidad de dejarse llevar por sensaciones voluptuosas propias del placer sexual o la capacidad de dejarse llevar por la pérdida de conciencia propia del orgasmo dependen fundamentalmente de la seguridad y confianza en el otro y en uno mismo. La seguridad en el apego permite percibir el espacio de intimidad como confortable y seguro, en el que uno puede abandonarse a la experiencia erótica. Por el contrario, la inseguridad en el apego hace que el espacio de intimidad se perciba como inseguro y amenazante, dando lugar a la activación de las defensas. Las personas ansioso-ambivalentes tenderán a mostrarse ansiosamente hipervigilantes de lo que ocurre. Quienes tienden a la evitación tenderán a desconectar la percepción del estado emocional del otro, convirtiendo una experiencia sexual compartida en un acto autoerótico en el que el otro es un simple objeto⁷.

Subrayaremos la importancia de la diferenciación, entendida como conciencia nítida del propio yo y sus límites, en el espacio de la intimidad que permite la conexión emocional intersubjetiva en la que fluye la comunicación necesaria en la aprehensión de la experiencia erótica. A modo de ejemplo recordemos el mito de la media naranja. Si alguien aspira a encontrar su media naranja, está haciendo una declaración de incompetencia emocional. Es como si se necesitara de una muleta para poder vivir, como si se precisara de alguien con quien fusionarse, indiferenciándose en el otro. Parece más coherente aspirar a constituirse en una naranja completa cuyo anhelo consiste en encontrar a otra también entera con la que rodar bien juntos.

1.6. Intervención de sistemas en la relación de pareja⁸

En los puntos anteriores se han apuntado los conceptos básicos que permiten entender el desarrollo personal, cuyo objetivo es la formación de un yo autónomo, sólido, estable y bien diferenciado, con una identidad definida. Hemos visto cómo este proceso se desarrolla en interacción permanente con el ambiente a partir de programaciones genéticas cuyo fin básico es la supervivencia. En términos humanos, dichas programaciones son el motor que estructura el psiquismo, en el que la relación interpersonal es esencial. De este modo, el sistema de apego (función materna) aporta la interacción donde se forjan los modelos internos, la seguridad básica y la protección. A partir de este, el sistema de exploración (función paterna) hace posible la construcción personal, proyectándose tanto al mundo interior como al exterior. El sistema de cuidados genera la sensibilidad y la empatía en la interacción necesarias para el progreso personal de la persona vinculada. De la interacción de estos sistemas se forjan los modelos internos que, siguiendo la metáfora de la informática, es el sistema operativo que regulará todas las relaciones interpersonales, así como el progreso en el desarrollo personal. De ahí que la diferenciación sólida de la propia identidad y la intersubjetividad como mecanismo esencial de la comunicación sean conceptos clave en la comprensión de las relaciones interpersonales humanas.

Diversos autores, como Bowlby (1988) o Bleichmar (2003), entre otros, indican que el desarrollo humano se produce a través de la interacción de sistemas motivacionales, cuyo origen se sitúa en la evolución de las especies. Un sistema se caracteriza por la conjunción de elementos que se organizan para el logro de fines específicos, se activa por desencadenantes propios y ejerce unas funciones también específicas. Un sistema es un conjunto de respuestas o repertorio de conductas cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad. Cada sistema puede ser activado en contextos diferentes y en respuesta a estímulos internos o externos. Recordemos que estos sistemas se organizan jerárquicamente y de modo personalizado. Para algunas personas que tienden a la inseguridad, probablemente el sistema de apego tenga mayor relevancia que el sistema sexual, supeditando el segundo al primero. Ello es coherente con los estudios que explican los motivos para activar el deseo erótico que, como veremos, indican que en ocasiones se activa el deseo sexual como vehículo para satisfacer otras necesidades, por

ejemplo, necesidades de afirmación personal o necesidades de apego. En estos casos resulta evidente que el sistema sexual se sitúa jerárquicamente por debajo de otros con el sistema de apego o el sistema de estructuración del yo.

Es importante subrayar la idea de que los sistemas están diseñados para la satisfacción de necesidades. Recordemos que el bienestar se logra satisfaciendo necesidades, comenzando por las más básicas. Sin duda, las más importantes son: a) necesidades del yo, b) necesidades afectivas, c) necesidades sexuales y d) necesidad de inclusión en una red social de pertenencia.

La pareja humana puede entenderse como un sistema marco compuesto por dos psicologías individuales, en el que se expresan los sistemas citados. Entre ellos destacaremos el sistema de apego, el sistema sexual, el sistema de cuidados y el sistema de exploración. Estos sistemas conforman la psicología individual, pero intervienen e interactúan en el sistema global de pareja, de ahí su importancia en la terapia sexual y de pareja. Los describimos brevemente.

Sistema de apego: como ya hemos indicado, los modelos internos constituyen el centro regulador de las relaciones interpersonales. Su estructura se organiza sobre la base de la experiencia temprana con la figura de apego y se expresa en los estilos descritos anteriormente. Las personas seguras se caracterizan por disponer de una base de seguridad que les permite establecer relaciones confiadas, seguras y realistas, pudiendo gestionar mejor las amenazas de pérdida o abandono. Las personas inseguras, ansiosas o evitativas son más vulnerables a estas amenazas, las gestionan peor y responden a ellas de manera menos adecuada. El sistema de apego, como hemos apuntado, está al servicio de la satisfacción de necesidades afectivas.

En sentido estricto, el sistema de apego es un sistema de conductas que se activa como respuesta a la percepción de amenazas que ponen en riesgo la supervivencia. Por ello, las amenazas pueden ser de tres tipos en la infancia:

- a) Malestar interior debido al hambre o a otro tipo de incomodidad física o emocional.
- b) Amenazas externas que ponen en riesgo la seguridad o el bienestar.

c) Amenazas hacia la disponibilidad de la figura de apego.

El sistema de apego es, por tanto, un conjunto de comportamientos que se dirigen a la búsqueda de proximidad con la figura de apego y a la comunicación de las necesidades, todo ello con el fin de conseguir seguridad, sosiego y bienestar (Bowlby, 1986).

Existe suficiente evidencia empírica como para mantener que los patrones de apego que se forjan en la infancia tienden a mantenerse a lo largo del ciclo vital. Por ello, en la etapa adulta el sistema de apego seguirá presente a lo largo de la vida y se activará en situaciones percibidas como amenazantes respecto a los vínculos establecidos con las personas significativas. El modo de activación dependerá de los modelos internos estructurados a partir de las representaciones grabadas previamente en situaciones similares.

Sin duda, el lugar privilegiado para la satisfacción de las necesidades emocionales es el espacio de la intimidad, ámbito compartido de máxima proximidad física y emocional, con un alto significado psicológico. No obstante, la intimidad puede ser percibida como amenazante para las personas inseguras, por lo que tiene de autorrevelación de lo más profundo de uno mismo y por el grado de proximidad psicológica. La capacidad o la posibilidad de poder lograr y mantener este espacio de intimidad dependen de la capacidad para gestionar adecuadamente las necesidades afectivas, y por tanto la seguridad del apego. En el punto anterior hemos descrito la intimidad como un lugar arriesgado, es decir, amenazante, debido a la percepción del riesgo a ser abandonado o a ser desintegrado. La vulnerabilidad ante esta percepción de riesgo dependerá de la seguridad o inseguridad del apego.

El sistema de apego impulsa al individuo al encuentro con el otro, al establecimiento del vínculo. Evoca emociones tales como el cariño, la ternura y el amor. Está al servicio de la necesidad de sentirnos queridos y tener a quien querer, que en términos de apego se corresponde con la necesidad de tener una o varias personas con las que mantengamos relaciones privilegiadas y sean percibidas como incondicionales, accesibles y permanentes. Para el propósito de este libro, la pareja es una de las opciones más elegidas por los seres humanos.

La comprensión del sistema de apego y sus funciones es útil para la

terapia sexual y de pareja porque permite diferenciarlo del sistema sexual y no confundirlos. Aunque resulte un tópico, el deseo sexual es el deseo sexual (sistema sexual) y el amor es el amor (sistema de apego). El sistema sexual y el de apego son dos dimensiones diferentes cuyo origen y objetivos son distintos. Muchas de las dificultades sexuales surgen de la ansiedad producida por la confusión de ambos en el espacio de la intimidad.

El *sistema sexual*: responde en el origen a la programación genética propia de las especies que optaron por la reproducción sexual. Esta incluye el sistema de atracción entre los sexos, cuyo fin consiste en hacer posible la cópula, con ella la fecundación y con esta la reproducción, generando con ello crías diversas en función de la dotación cromosómica transmitida. El origen de la motivación sexual queda filogenéticamente muy lejos y nos permite comprender las bases biofisiológicas de la experiencia erótica. Nos sirve también para entender que los seres humanos heredamos genéticamente el sistema de motivación sexual, expresado a través del deseo erótico, y expresado a su vez mediante la necesidad de satisfacción sexual. En publicaciones anteriores he defendido la idea de que el sistema sexual en los seres humanos adquiere la complejidad propia de la evolución filogenética que pasa por el proceso de telencefalización. Ello significa que la experiencia erótica, que es la expresión del sistema sexual, se enriquezca por la capacidad humana de simbolizar y otorgar significados a la mera respuesta biológica (Gómez-Zapiain, 2009). Como veremos, el modelo biomédico se centra en la interpretación biofisiológica de lo que se considera la «función sexual» (respuesta sexual humana), determinando lo funcional y, por tanto, lo disfuncional. Tiene menos en cuenta la comprensión de los símbolos y significados otorgados por las personas a la función biológica de la respuesta sexual, que «personalizan» la experiencia erótica en el ámbito de la intimidad, y donde aparece una porción importante de dificultades sexuales.

Respecto al sistema de apego, dijimos que los seres humanos nacen predispuestos para el contacto, para la vinculación, para el amor. Ahora, además, diremos que los seres humanos nacen predispuestos para la búsqueda de placer erótico.

Por *sistema sexual* entendemos un conjunto de elementos que motivan al

ser humano a la búsqueda de satisfacción erótica. Los programas genéticos responsables se acuñaron en un primer momento de la evolución. Tal y como indicaron Singer y Toates (1987), la motivación sexual surge del «estado del organismo», es decir, de las bases neurofisiológicas que lo sustentan, y se activa a partir de los inductores o estímulos eróticos, cuyo origen puede ser exógeno o endógeno. Producida la activación, esta pasa por el filtro de las estructuras psicológicas, cognitivas y emocionales, que sustentan y dan significado a tal activación. Por tanto, entendemos el deseo sexual como una emoción compleja, sustentada en sus bases biológicas, mediatizadas de modo importante por el medio cultural, que genera una tendencia de acción y que puede activar el comportamiento sexual, bien autoerótico, bien compartido. El nexo común entre el sistema sexual y el sistema de apego es el espacio de la intimidad.

El *sistema de cuidados*: se trata de un conjunto de comportamientos y actitudes que permite proveer a la pareja de los cuidados que requiere, al tiempo que se solicita de la misma los cuidados que uno necesita. Este sistema motiva al cuidador, que en el contexto de esta monografía se refiere a cada uno de los miembros de la pareja, a atender y responder a las señales de necesidad de la persona con la que se está vinculado. Por su parte, la persona cuidada debe expresar cognitiva y emocionalmente su estado de vulnerabilidad (Kunce y Shaver, 1994). En términos evolutivos, se establece que la diferencia entre el sistema de apego y el sistema de cuidados radica en que el primero surge del interior del niño ante la percepción de peligro o amenaza, mientras que el sistema de cuidados surge del interior del adulto-cuidador, como respuesta a las señales que emite el niño en función de la activación del sistema de apego.

De acuerdo con la teoría del apego, es más probable que las personas seguras estén más dispuestas a brindar apoyo y ayuda al otro (Feeney y Collins, 2001), porque disponen de mayores capacidades para empatizar, están menos centradas en sus propias necesidades y más orientadas a sensibilizarse y ayudar a otros, disponen de mayor capacidad de regulación emocional y una mayor percepción de la propia eficacia a la hora de afrontar el estrés (Mikulincer, Shaver, Gillath y Nitzberg, 2005). En las personas

evitativas se ha hallado una activación inferior del sistema de cuidados (Carnelley, Pietromonaco y Jaffe, 1996; Feeney y Collins, 2001; Kunce y Shaver, 1994), algo predecible teniendo en cuenta que su mayor dificultad para empatizar con las señales de necesidad de los otros coincide con la tendencia a aumentar la distancia emocional. Por otro lado, las personas ansioso-ambivalentes tienden a distorsionar la percepción de amenazas, hiperactivando el sistema de cuidados, desarrollando un modo de cuidar de tipo compulsivo (Kunce *et al.*, 1994).

Como hemos indicado, la relación entre el niño y su cuidador es asimétrica (el adulto cuida, el niño es cuidado). La relación entre adultos que forman una pareja debería ser simétrica (los miembros de la pareja adulta cuidan y son cuidados recíprocamente), es decir, cada miembro debería poder cambiar flexiblemente de rol, pudiendo activar el sistema de apego y el de cuidados indistintamente, conforme a las demandas concretas de las diversas situaciones. Al igual que en el cuidado de los padres hacia los hijos, el cuidado en la pareja supone disponibilidad, sensibilidad ante las necesidades del otro/a, incondicionalidad y atención a múltiples dimensiones (cuidados físicos, emocionales, eróticos, etc.) (López, 2009).

Por su parte, la probabilidad de simetría relacional y la capacidad de respuesta en ambos sentidos se relaciona con la calidad de la historia afectiva de los miembros de la pareja, y por tanto de los estilos de apego. Tal capacidad ha sido estudiada por autores como Simpson (1992) y más recientemente por Collins y Feeney (2000), Shaver y Mikulincer (2006), Sternberg (2006) y Gómez-Zapiain *et al.* (2012). Los resultados de estas investigaciones indican que las personas seguras interpretan mejor las necesidades del otro, ofrecen mayor apoyo emocional y más eficaz en situaciones de amenaza o desasosiego que las personas ansiosas o evitativas.

Desde el ámbito de la psicoterapia de parejas, Clulow (2001) mantiene que los miembros de una pareja deberían ser capaces de pasar, de manera flexible, de la posición de soporte a la posición de dependencia, o dicho de otro modo, deberían ser capaces de ofrecer apoyo en caso de desvalimiento de la pareja y expresar las propias necesidades en caso de precariedad personal.

En términos operativos, definimos la variable *posición de soporte* como la

capacidad de asumir la responsabilidad de sostener, apoyar, comprender y cuidar a la pareja, sobre todo cuando esta se encuentra en situación de vulnerabilidad. Supone poseer la capacidad suficiente de empatía que permita interpretar adecuadamente sus necesidades y su situación emocional, lo que le facilitará actuar en consecuencia. La variable *posición de dependencia* estaría determinada por el reconocimiento del hecho de necesitar a la otra persona, de la asunción de la necesidad de un cierto grado de dependencia (Feeney y Van Vleet, 2010). Se trata de asumir el rol de «ser cuidado». Cuando una persona se sitúa en esta posición, debe tener la capacidad de saber expresar sus necesidades, tanto cognitiva como emocionalmente, de manera inequívoca (Gómez-Zapiain, Ortiz Barón y Gómez Lope, 2012)⁹.

En términos generales podemos afirmar que las formas, los estilos y los modos de cuidado, tanto en hombres como en mujeres, son semejantes a las de sus padres.

Las personas más capaces de cuidar fueron menos evitativas y menos ansiosas. Por tanto, el aprendizaje de los cuidados durante las relaciones de apego en la infancia se traslada a las relaciones de pareja en la vida adulta y el apego y los cuidados se convierten en componentes esenciales en las relaciones amorosas.

El gráfico 5 muestra la dinámica e interacción de los sistemas de apego, cuidados y exploración (Collins, Guichard y Feeney, 2006). Como se indica en él, un evento estresante activa el sistema de apego en la persona A. Esta busca la proximidad con su figura de apego, la persona B, cuya función es ser «puerto de refugio», la cual activa el sistema de cuidados, convirtiéndose en este momento en «base de seguridad». Reconfortada la persona A y recuperada la seguridad en la persona B, A está en situación de generar nuevas oportunidades de exploración. La exploración, como ocurre en el desarrollo infantil, contribuye al crecimiento personal a través de la evolución del sistema de pareja u otras situaciones vinculares similares. Para que todo ocurra, las personas que integran el sistema deben poseer la capacidad de responder a las demandas del otro; para ello, es necesario poder interpretar adecuadamente sus necesidades. Por otro lado, cada miembro de la pareja debe saber expresar cognitiva y emocionalmente su estado, sus necesidades, sobre todo en situación de precariedad emocional. Dicho de otro modo, tal y

como se ha indicado en otros lugares, se trata de tener la capacidad de poder situarse en posición de soporte y posición de dependencia en el ámbito del sistema de pareja. Nuevamente diremos que tal capacidad depende de los perfiles de apego de cada uno de los miembros.

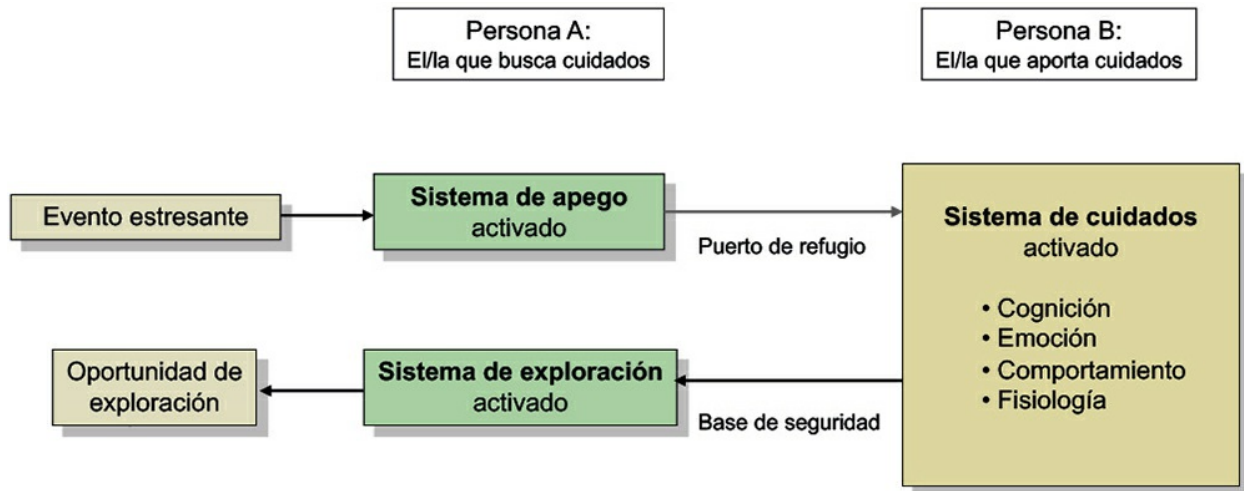


Gráfico 5. Sistema de cuidados (Collins, Guichard y Feeney, 2006, en Mikulincer y Goodman, 2006).

Para los autores citados, el sistema de cuidados es un conjunto de estrategias al servicio del mantenimiento de la calidad del vínculo cuyo objetivo es la estabilidad del sistema (Collins *et al.*, 2006). De acuerdo con estos autores, el sistema de cuidados se activaría en cualquiera de estas situaciones:

- 1) Cuando otra persona tiene que enfrentarse a peligros, situaciones estresantes o malestar y si de una u otra manera busca ayuda o podría beneficiarse claramente de ello.
- 2) Cuando otra persona muestra la necesidad de ser apoyada y validada ante la oportunidad de explorar y aprender de determinadas experiencias.

La aportación efectiva de cuidados requiere de una regulación emocional tanto intrapersonal como interpersonal, que intervendría del siguiente modo:

- a) El proceso de regulación emocional ayuda al cuidador/a a hacerse cargo del desasosiego que le causa el hecho de ser testigo del malestar

de la otra persona. Una deficiente regulación emocional podría impedir al cuidador/a activar su sistema de cuidados. El factor *personal distress* propuesto por Davis (1983) en sus estudios acerca de la empatía hace referencia a este aspecto. Se refiere al efecto que se produce por el «contagio emocional», efecto de la propia empatía. Algunas personas son incapaces de empatizar porque la sintonía con el dolor de la otra persona las paraliza emocionalmente, impidiendo de este modo una adecuada interacción. Una manera de defenderse del malestar es negando o minimizando el dolor del otro, o alterando la percepción del mismo. La reacción de protesta ante la percepción de pérdida de la figura de apego debido al dolor que procede de la pareja y ante la imposibilidad de manejarlo, podría derivar en comportamientos violentos.

- b) Un buen cuidador requiere de la capacidad de regular sus emociones en relación con los propios fines y motivaciones. Cuidar a otra persona, es decir, hacerse cargo de sus problemas, sintonizar con ellos, implica poner en segundo plano los propios planes y objetivos. Las personas inseguras, es decir, con un yo débil, entrarán inconscientemente en competencia con el otro y estarán, por ello, incapacitadas para ser eficaces en los cuidados.
- c) La aportación de cuidados, de modo efectivo, requiere de la regulación interpersonal que incluye la sincronización y coordinación entre los comportamientos del cuidador y del cuidado para resolver el problema y poder manejarlo. Este tipo de coordinación puede ser alcanzada solo si el cuidador puede establecer una distancia eficaz entre la lejanía y la proximidad, entre el dominio y la sumisión.

Tanto la investigación como la práctica clínica han perfilado diversos modos de cuidar que se corresponden con los estilos de apego. Estos son:

- a) *Cuidados sensibles*. Se trata de los cuidados que uno ofrece al otro de modo altruista sin esperar nada a cambio. En consecuencia, el bienestar de la otra persona llega a formar parte de los objetivos vitales de quien los aporta. Esta forma de cuidar es propia de personas seguras.

- b) *Cuidados compulsivos*. Este modo de cuidar se corresponde con personas que tienen la ansiedad en la relación. Domina en ellas el miedo a la pérdida, por ello cuidan compulsivamente. Existe un refrán popular que podría ilustrar este modo de cuidar: «Hay amores que matan». El interés del cuidado no está en el otro, sino en uno mismo.
- c) *Cuidados controladores*. Normalmente son cuidados que se ejecutan desde el malestar y el enfado. Propio de personas que tienden a la evitación. En realidad, se ejercen como un modo de neutralizar la demanda del otro. Es como si el malestar del otro les incomodase. Este modo surge desde la incapacidad de empatía, y va dirigido no al logro del bienestar del otro, sino al de uno mismo. Son cuidados controladores, autoritarios y, llevados al extremo, peligrosos, puesto que pueden asociarse al maltrato.

En el ámbito de la experiencia erótica, la calidad de esta se relaciona con los modos de cuidar. Dicho de otro modo, el propósito de lograr el bienestar erótico de la otra persona es una manera de cuidar. Forma parte de los cuidados sensibles.

Tener en consideración el sistema de cuidados con todas sus implicaciones es relevante en la propuesta de terapia sexual que se plantea en este texto. Como se expondrá en el capítulo 6, esta propuesta opta por una terapia comprensiva. Desde esta óptica, el terapeuta encontrará algunos elementos destacados en la importancia del sistema de cuidados.

Por otro lado, sintonizar con los deseos eróticos de la otra persona, poner atención en su especificidad erótica, interpretar sus necesidades y ejercer de apoyo para la exploración conjunta del sentido y significado de la dimensión erótica compartida debe ser considerado como una forma de cuidar, es decir, forma parte del sistema de cuidados en el ámbito de la pareja.

El sistema de exploración: resulta fundamental en el desarrollo personal a lo largo del ciclo vital. Es esencial en los primeros momentos de la vida. El sistema de exploración adquiere pleno sentido desde una perspectiva ambientalista, puesto que la evolución se logra a través del intercambio e interacción permanente con el ambiente.

Así como el sistema de apego está al servicio de la protección y la supervivencia del individuo, y por tanto de la especie, el sistema de exploración proyecta al individuo hacia su propio desarrollo. La exploración permite la proyección hacia el mundo exterior, integrando experiencias sensibles que permitirán madurar al sistema nervioso. No menos importante es la exploración del mundo interior, es decir, la exploración del mundo emocional. El reconocimiento y la comprensión tanto de las emociones propias como de los otros significativos es esencial en la construcción de la estructura del yo.

Como hemos visto, es en la relación con las figuras de apego donde se potencia y se alienta la capacidad de exploración. Algunos autores han identificado este hecho como función paterna en sentido simbólico, naturalmente. Cuando una persona alienta al bebé a descubrir el mundo, a experimentar con la realidad, está ayudando a activar la exploración del mundo externo. Cuando un padre o una madre están conteniendo a un bebé en situaciones de desbordamiento emocional, lo están ayudando a explorar su mundo interior.

El sistema de exploración no se entiende sin el sistema de apego. La exploración solo es posible a partir de la base de seguridad que funciona como una plataforma de apoyo imprescindible. Por tanto, la calidad en las relaciones afectivas, que estará condicionada por los modelos internos de las respectivas figuras de apego, guarda una relación directa con la seguridad básica y con la capacidad de exploración. Como veremos más adelante, la interacción del sistema de apego y de exploración aporta elementos de gran relevancia para la comprensión de la dinámica afectivo-sexual en el ámbito de la terapia sexual.

El sistema de exploración es clave en nuestra propuesta de terapia sexual, porque desde ella alentamos la reflexión sobre uno mismo y sus relaciones (yo reflexivo), permitimos la relativización de los propios pensamientos sobre los acontecimientos vitales, y por tanto la flexibilización, permitiendo pensar sobre los propios pensamientos, sentir sobre los propios sentimientos: mentalizar, en definitiva, que es el procedimiento por excelencia en relación con la terapia comprensiva.

Interacción de sistemas: evidentemente, estos cuatro sistemas pueden considerarse independientes. Cada cual tiene su propia organización y está al servicio de sus propios objetivos. Al considerarlos independientes, podemos suponer que cada uno tiene su propia dinámica, y pueden coincidir o no. Por ejemplo, una persona podría desear tener relaciones sexuales sin ningún tipo de compromiso personal. En determinados momentos de la vida alguien podría buscar estrictamente la satisfacción del deseo sexual. Independientemente de las relaciones interpersonales, el deseo erótico se expresa de modo intrapsíquico en forma de fantasías, que pueden realizarse o no, lo cual indica la particular dinámica de este sistema.

Por otro lado, a partir de la pubertad y a lo largo de la adolescencia se produce el tránsito de algunas funciones de la figura de apego a los iguales. Surgen las primeras atracciones interpersonales entre iguales, los primeros enamoramientos. El sistema de apego tiene como objetivo establecer nuevos vínculos que estabilicen nuevas figuras de apego. Por ello, alguien podría desear un amigo o amiga íntimos, un novio o novia en el que confiar, al que recurrir como modo de sentirse seguro y conjurar la soledad. Se podría desear este tipo de relación exenta de deseo erótico. Observamos, pues, la independencia de ambos sistemas. La pareja no es la única forma de vínculo. Como diría Félix López, hagamos en este momento un canto a la amistad. Los amigos, los de verdad, cumplen con las funciones propias de la figura de apego: disponibilidad incondicional, accesibilidad, permanencia. Son también base de seguridad y puerto de refugio.

Los individuos, en definitiva, sentidas ambas necesidades, deberán gestionarlas. Existen diferencias de género en la gestión de ambas necesidades. Los hombres tienden a separar con mayor facilidad el deseo erótico del amor, mientras que las mujeres tienden a incluir la experiencia erótica como una expresión del amor. Puede, y aquí abriríamos un gran debate, que estas diferencias sean el resultado cultural de la educación diferencial entre hombres y mujeres, propia de una cultura sexista. Puede que existan configuraciones heredadas genéticamente, con valor adaptativo, que confieran a las mujeres y a los hombres modos diferentes de gestionar tales necesidades. Puede que ambos elementos estén presentes en la realidad personal de cada sexo y se expresen de diversos modos. La influencia de la

cultura patriarcal es muy determinante. Igualmente, las disposiciones genéticas (preprogramaciones) no pueden ignorarse. Los procesos de diferenciación sexual, que son el resultado de millones de años de evolución, no se pueden ignorar. El debate naturaleza-cultura podría estar superado en el sentido que el propio Bowlby plantea: en el ser humano los aspectos biológicos y culturales interactúan de tal manera que ya son inseparables. Sin duda, en términos de intervención terapéutica, lo que interesa es el resultado de la interacción misma. En cualquier caso, debemos relativizar con decisión los estereotipos «hombre» y «mujer», puesto que, si algo caracteriza al proceso de sexuación, es su gran diversidad. Los conceptos «mujer», «hombre», «masculinidad» y «feminidad» no son categorías, sino tan solo referencias. En otras publicaciones insistimos en la idea de que la sexualidad es el modo de ser mujer u hombre, teniendo en cuenta que existen tantos modos de serlo como personas, hasta el punto de poder difuminar claramente sus límites.

Aceptada la independencia de ambos sistemas, la experiencia y la observación social, psicológica y antropológica, nos indica que al final ambas necesidades suelen coincidir, aunque no necesariamente. En cualquier caso, cuando alguien está sumido en una profunda experiencia «pasional» amorosa y erótica, le aconsejaría que la viviese con intensidad, disfrutándola y sin pretender teorizar sobre lo vivido. Pero los estudiosos del tema, los observadores, saben que la «pasión» está compuesta por el deseo erótico y la vinculación afectiva (amor), dos dimensiones que no debemos confundir por muy fusionadas que se muestren. Del mismo modo, cuando alguien sediento ingiere un trago de agua, lo importante es la experiencia del placer que produce saciar la sed, aunque los estudiosos, los observadores, saben que el agua está compuesta por hidrógeno y oxígeno, elementos que se combinan, pero que no se confunden.

En efecto, el sistema sexual se expresa a través del deseo erótico que, a su vez, se manifiesta en forma de fantasías y/o expectativas eróticas, activando de este modo posibles comportamientos eróticos que pueden ser autoeróticos o compartidos. A partir de la pubertad, el deseo erótico adquiere una evidente proyección hacia los demás. Se proyecta hacia su satisfacción en otra persona, sea esta de distinto o igual sexo, dependiendo de su orientación.

Para poder vivir la experiencia erótica en plenitud, es necesario poseer la capacidad de conectar empáticamente con la otra persona. El deseo erótico nos impulsa al encuentro con la pareja en el espacio de la intimidad. Es aquí donde entra en juego la estructura del apego, manifestada a través de los modelos internos. La posibilidad de poder acceder de un modo seguro al espacio de la intimidad dependerá de la seguridad básica expresada a través del estilo de apego, que es consecuencia de la calidad de la historia afectiva.

En relación con los estilos de apego, las personas seguras se sentirán cómodas, sensibles y confiadas en la intimidad, no se sentirán amenazadas, no necesitarán estar vigilantes, podrán entregarse y disfrutar. Sin embargo, las personas ansiosas tenderán a mostrarse vulnerables al miedo a la pérdida o al abandono, por tanto, dedicarán parte de su atención a la vigilancia de cualquier posible amenaza. Las personas evitativas, por otro lado, tratarán de soslayar el espacio de intimidad a través de estrategias defensivas, escindiendo el deseo erótico de la implicación emocional.

Ambos sistemas tienen algo muy importante en común, y es que están al servicio de la satisfacción de dos necesidades básicas: la necesidad de estabilidad emocional y la necesidad de placer erótico. Una de las aportaciones más interesantes de la teoría del apego, a diferencia del psicoanálisis, es que sitúa la experiencia erótica en el ámbito de la interacción. Como indica Marrone (2004), el apego localiza la experiencia erótica en «la relación», donde está en juego la calidad del vínculo afectivo. La sexualidad deja de ser una psicología unipersonal.

Naturalmente, estas necesidades pueden ser satisfechas de forma independiente y a lo largo del ciclo vital. En algunos momentos alguien ha podido sentir una fuerte necesidad de satisfacción sexual, en sí misma, sin más, sin requerir mayor implicación o compromiso conectado con todo el imaginario erótico. En otros momentos vitales, alguien ha podido sentir la necesidad de conjurar un profundo sentimiento de soledad, requiriendo para ello un vínculo, una relación, un novio o novia, quedando la necesidad erótica como algo totalmente secundario.

Sin embargo, la fenomenología de las relaciones interpersonales parece indicar con nitidez que las personas tienden a satisfacer ambas necesidades en relaciones de pareja, donde el otro se convierte en figura de apego principal al

tiempo que en objeto de deseo erótico. Este fenómeno ocurre tanto en el ámbito de la heterosexualidad como en el de la homosexualidad. Tal realidad no excluye la posibilidad de que existan otras formas de relación más allá de la pareja estable, que aporten un estado de equilibrio personal.

La seguridad en el apego permite la exploración confiada, esencial en el desarrollo personal. Además, constituye la base de seguridad que nos permite explorar en la relación misma, en el espacio de intimidad. El sistema de apego se activa precisamente en momentos de aflicción, necesidad o percepción de amenaza, e induce a la búsqueda de proximidad, al contacto, a la interacción. Todo ello con el fin de recuperar la seguridad y obtener tranquilidad y sosiego en la relación con el otro. Recordemos que, a partir del estado de seguridad, es posible activar el sistema de exploración, tal y como ha sido descrito anteriormente.

Por otro lado, el deseo erótico es, o puede llegar a ser, una fuerte necesidad experimentada como una intensa tensión que busca, de una manera u otra, su satisfacción. Esta debe encontrar los cauces adecuados y debe regirse por principios éticos que salvaguarden la equidad, el respeto y la autonomía personal de las personas implicadas. Para ello, el deseo sexual debe ser conocido, reconocido y regulado. Como indica Itziar Etxebarria (2005), no se pueden comprender las emociones sin tomar en consideración su regulación a través de mecanismos de defensa o técnicas de afrontamiento. Si el deseo erótico debe ser considerado como una emoción, esta ha de ser regulada de tal modo que la satisfacción se produzca o bien a través del propio autoerotismo, o bien a través de otra persona que consienta en compartir tal experiencia en relación de igualdad.

Aclaremos una cuestión en relación con las necesidades sexuales. El modelo biográfico formulado por Félix López (2015) propone relativizar la necesidad de satisfacción sexual. Ello significa que no se puede aceptar un patrón de comportamiento sexual prescrito desde el exterior, sino que cada persona es libre y responsable de regular su deseo erótico definiendo por sí misma esta necesidad. Algunas personas otorgan al erotismo un papel preponderante en su biografía; otras, sin embargo, podrían renunciar a su satisfacción si tienen razones para ello.

En el caso de no tener la posibilidad de satisfacer el deseo erótico, la

mediación psicológica (procesos cognitivos y afectivo-emocionales) debe permitir regular esta experiencia emocional, aplazando, derivando o incluso renunciando a su satisfacción hasta el momento en que se encuentre la situación adecuada. La incapacidad de regular el deseo sexual provoca la mayor parte de los atentados a la libertad sexual en forma de agresiones, violaciones, acosos o abusos.

En el gráfico 6 se muestra cómo interactúan el sistema de exploración y el de cuidados en el conjunto de la experiencia. Como se puede apreciar, el sistema de exploración permite a las personas ser conscientes de sus fortalezas, así como de sus limitaciones, miedos, dudas y conflictos respecto a sí mismas en la relación. El sistema de exploración es un elemento esencial en la psicoterapia, en la medida en que el terapeuta alienta a ella constituyéndose en base de seguridad, en plataforma de apoyo a la exploración.

El sistema de cuidados se relaciona con la calidad de la experiencia. Sabemos que existe una clara relación entre la seguridad del apego y la empatía, de modo que la capacidad de leer adecuadamente las necesidades eróticas del otro/a y actuar en consecuencia es una forma de cuidado sensible. El sistema de cuidados contribuye al desarrollo del potencial erótico que describiremos más adelante.

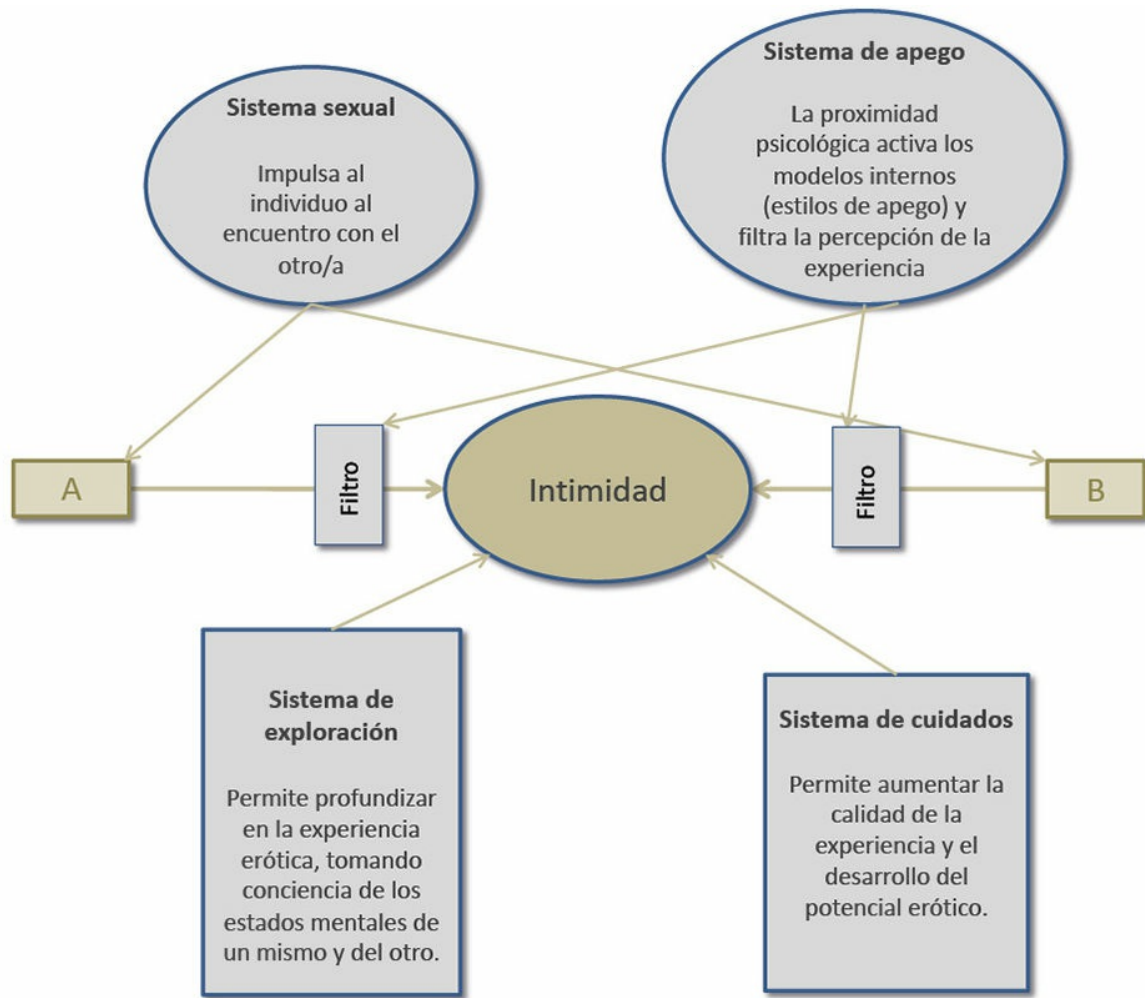


Gráfico 6. Interacción entre los sistemas de apego, sexual, exploración y cuidados.

1.7. El sistema de pareja desde la perspectiva del apego

Si definimos el sistema como un conjunto de elementos relacionados entre sí, cuyo resultado es superior a la suma de sus partes, organizado para lograr objetivos determinados y al servicio de la satisfacción de necesidades específicas, la pareja constituye un sistema. Como tal podemos aplicar las leyes que forman la teoría general de sistemas. No es mi propósito desarrollarlo aquí, pero, en síntesis, diremos que el sistema tiende al equilibrio, se resiste al cambio; cuando algo entra en el sistema, todo él cambia, está regulado por vías de comunicación entre sus componentes y por reglas explícitas e implícitas. Los sistemas pueden ser abiertos cuando tienen la capacidad de integrar y asimilar elementos nuevos, o cerrados cuando

ocurre lo contrario. En las relaciones humanas, los sistemas cerrados acaban patologizándose. Esta es la esencia de la terapia familiar.

De cara a la terapia sexual, se debe tener en consideración que la pareja es un conjunto, una unidad de tratamiento, y no solo la suma de sus miembros.

Tal y como en su momento indicó Bronfenbrenner (1979, 1994), la pareja puede ser considerada como un microsistema dentro de sistemas más amplios, como el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. Ello nos indica que la evolución y crecimiento de las personas se produce a través de la inserción en un microsistema como la familia y la pareja, que a su vez se relacionan con sistemas más complejos como los citados. En definitiva, observamos que el individuo depende de las relaciones con el entorno y que este influye radicalmente en él.

La teoría del apego incorpora los fundamentos de este planteamiento ecológico y sistémico, incorporando tanto la teoría de sistemas como la etología, además del sistema de comunicación y el procesamiento de la información.

Desde esta perspectiva teórica, la familia en origen y la pareja en la etapa adulta son los sistemas que arrojan al individuo en su desarrollo, generando la base de seguridad que permite la exploración necesaria para un adecuado crecimiento.

Las aportaciones de Brooke Fenney, tanto teóricas como empíricas, resultan de gran interés en la comprensión de la dinámica del sistema de pareja.

Recordemos que la figura de apego cumple dos funciones: ser base de seguridad y puerto de refugio. Según Brooke Fenney, es preciso separar ambas funciones.

Se entiende por *base segura* el soporte que permite la exploración en el sistema de pareja. La exploración es el mecanismo que hace posible el equilibrio del sistema, y por tanto de sus componentes. Permite una actitud de búsqueda atenta de elementos, tanto del mundo interior de cada uno de sus miembros como del funcionamiento propio del sistema en cuanto tal, vías de comunicación y reglas reguladoras. La integración y procesamiento de estos elementos permiten el crecimiento propio de los sistemas abiertos. La incapacidad para hacerlo convierte al sistema en un sistema cerrado, cuyo

destino más probable es la patologización.

La capacidad de exploración, como hemos indicado, permite estar atento a lo que ocurre en la relación, ser capaz de comprender las necesidades del otro/a que deben ser exploradas y comprender las propias («Me encuentro bien en la relación, comprendo las razones y los sentimientos que me hacen sentir bien»), o las grandes contradicciones, inseguridades y miedos («Las cosas no van bien y necesito comprender qué está pasando, necesito comprender qué me pasa a mí para que las cosas ocurran de este modo»). Este proceso de exploración solo es posible si no se producen interferencias innecesarias.

Las características de la base de seguridad en cualquier relación interpersonal significativa, y en las relaciones de pareja en particular, son las que se exponen en las siguientes líneas.

Siguiendo a Brooke Feeney, la base segura crea las condiciones que hacen posible la exploración a partir de la relación de pareja. Constituirse en base de seguridad respecto a la persona vinculada supone:

- a) Estar disponible cuando el otro/a lo necesita.
- b) Evitar interferencias en la exploración de la pareja.
- c) Alentar y aceptar la exploración por parte de la pareja.

Estas características pueden predecir el comportamiento óptimo y autónomo de exploración y los logros de esta en adultos (Feeney y Thrush, 2010). Veamos cada uno de los puntos.

La disponibilidad puede ser un importante predictor de los comportamientos exploratorios. Esta idea ha sido apoyada recientemente por las investigaciones acerca de la «paradoja de la dependencia»¹⁰ (Feeney, 2007), por la cual las personas que mejor aceptan e integran la necesidad de confiar en sus parejas son, al mismo tiempo, más autónomas. La paradoja de la dependencia se deriva de la teoría del apego, la cual mantiene que la disponibilidad de una figura de apego sensible y respondiente es la fuente del sentimiento de seguridad a lo largo del ciclo vital. Solo cuando una persona se siente segura es capaz de explorar de modo más eficaz, confiado y autónomo.

Aceptar la dependencia, entendida como necesidad de confiar, supone aceptar que uno se debe apoyar en la figura de apego, requiriendo que esta esté disponible y asumiendo un cierto grado de dependencia para la exploración, compatible con la autonomía personal. Dicho de otro modo, la capacidad de exploración se potencia cuando el sujeto siente (tiene la certeza porque su experiencia lo confirma) que sus figuras de apego están disponibles y son accesibles, en este caso la pareja. Reconocer y aceptar que esta realidad supone al mismo tiempo un cierto grado de dependencia de las personas de referencia, pero que potencia la autonomía personal, es la base de la autonomía emocional, propia de un yo suficientemente desarrollado como para mantenerse en el sistema en un plano de igualdad. Como veremos, la diferenciación del yo expresado en autonomía personal es la base de la estabilidad que permite el bienestar en la intimidad erótica. Gran parte de los problemas sexuales están relacionados con dificultades en este ámbito.

La capacidad de exploración puede ser perjudicada o impedida por las interferencias que se producen en el sistema. De acuerdo con la teoría del apego, los comportamientos intrusivos y las interferencias van en sentido contrario a la aportación de apoyo sensible y respondiente. Se considera, por tanto, que las interferencias que se ejercen sobre la exploración del otro son uno de los principales inhibidores de esta capacidad. Siguiendo a Feeney (2007), diremos que los comportamientos intrusivos son negativos e inhibitorios respecto al receptor (la persona que explora) porque lanzan mensajes tales como:

- a) Él o ella no es capaz de implicarse en una exploración independiente.
- b) Él o ella no es lo suficientemente inteligente o capaz para tener éxito en comportamientos exploratorios.
- c) Él o ella no es merecedor o digno de confianza como para implicarse en exploraciones independientes.
- d) La exploración independiente es percibida como una amenaza respecto a la proximidad con otras personas y de otras personas hacia uno mismo.
- e) La proximidad con los otros puede poner de manifiesto la falta de capacidades personales.

- f) Las exploraciones son infructuosas porque son permanentemente interrumpidas.

Feeney predice que el miembro intrusivo de la pareja interferirá en la capacidad exploratoria de su pareja, de modo que los logros de esta serán más pobres, mostrará menos confianza en la exploración porque la intrusividad aporta información negativa sobre la competencia y las capacidades. Además, provocará menos persistencia y entusiasmo, puesto que la intrusividad reduce el placer de la exploración. Las interferencias citadas, entre otras, deben ser interpretadas como una forma de boicot a la relación. Recordemos que la teoría de sistemas afirma que el sistema necesita del cambio, pero se resiste a él. Si las resistencias son muy intensas, el cambio no se produce. El sistema deviene en cerrado y la posibilidad de conflictos aumenta. Las resistencias pueden ser interpretadas desde la debilidad o inmadurez de cualquiera de los miembros de la pareja, cuyos modelos internos filtran la realidad, perciben los cambios necesarios como una amenaza y, en consecuencia, se activan estrategias defensivas secundarias como la hiperactivación o la desconexión del sistema de apego. Recordemos también que la resistencia al cambio se interpreta como una defensa no consciente frente a la angustia de la pérdida o el abandono.

Por fin, la evolución y crecimiento de la pareja depende de la capacidad de alentar y aceptar la exploración, de modo que esta puede ser considerada como un predictor de la estabilidad de la pareja. Ello solo es posible desde la seguridad del apego. Únicamente las personas sensibles, empáticas y seguras son capaces de alentar la exploración del otro/a, confiando en él/ella, ejerciendo su posición de soporte (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez Lope, 2012), constituyéndose en base de seguridad, puerto de refugio y evitando interferencias.

No cabe duda de que las cuestiones expuestas en este punto son referencias imprescindibles en relación con el modelo de terapia sexual comprensiva que se defiende en esta monografía y que será expuesta posteriormente.

1.8. Apego, psicoterapia sexual y pareja: la mentalización

Todos los desarrollos teóricos y la acumulación de conocimiento empírico desplegados desde el enfoque de la teoría del apego convergen en una propuesta psicoterapéutica cada vez más depurada: la mentalización.

No pretendo aquí desarrollar este modelo psicoterapéutico en profundidad. Sin embargo, dada su naturaleza, su origen y la importancia otorgada a la relación interpersonal en toda interacción humana, resulta una aportación realmente fecunda y útil en la ayuda a las personas con dificultades en el espacio de la intimidad erótica. Mi propósito, por tanto, consistirá en sintetizar los elementos esenciales que pueden enriquecer el abordaje psicoterapéutico del enfoque en terapia sexual que se defiende en esta monografía, y estimular la reflexión acerca de las necesidades de formación de los psicoterapeutas que trabajarán en este espacio. Pasemos, por tanto, a desarrollar los conceptos clave.

En consonancia con la teoría del apego, podemos afirmar que la realidad en términos objetivos no existe. Lo que existe es una interpretación personal y subjetiva de lo que ocurre. Esa subjetividad se produce porque los acontecimientos de la vida real son filtrados por los modelos internos que, como sabemos, son el conjunto de representaciones mentales, engramas, que se han ido grabando en la memoria, en el «disco duro», valga la metáfora, desde el inicio de la existencia. De ahí que la interpretación de la realidad esté muy condicionada por la historia socioafectiva, por tanto, por la calidad de la experiencia interactiva con las personas significativas de la que surgen los modelos internos, como hemos visto en el primer capítulo. Esta afirmación es de interés para la terapia sexual y de pareja en la medida en que se reproducen los modelos interiorizados inicialmente en las relaciones adultas.

Por tanto, las personas deberían situarse en la duda razonable respecto a la interpretación de lo que a uno le ocurre, puesto que esta podría ser diferente. La pregunta es: ¿por qué hago lo que hago?, ¿por qué siento lo que siento? Las personas seguras, con un yo bien estructurado, tienden a ser razonablemente flexibles respecto a la interpretación de las cosas, es decir, sensibles en la interacción con el resto de las personas. Esta flexibilidad se debe a que son capaces de pensar acerca de sus propios pensamientos y conectar con las emociones y sentimientos: ¿las interpretaciones que hago de

lo que me ocurre son acertadas?, ¿las atribuciones que hago de las intenciones de la otra persona son correctas?, ¿las emociones que siento se derivan de las interpretaciones que hago?, ¿lo que estoy sintiendo y lo que pienso se corresponden?, ¿podría haber interpretaciones alternativas?, ¿están ajustadas las perspectivas que tengo de lo que creo que va a ocurrir en mis relaciones?, ¿por qué me altero tanto si no se cumplen las expectativas previamente formuladas?

Como hemos indicado antes, la estructura del yo surge en la dinámica interactiva entre la madre u otro adulto —con el que se mantiene una relación significativa y privilegiada— y el bebé, de modo que el proceso es óptimo cuando se reconoce el estado mental de este y se actúa en consecuencia. En esta especial relación especular, el bebé es capaz de reconocerse a sí mismo en ella, pudiendo reconocer el estado mental de su figura de apego. Este proceso está claramente mediatizado por la capacidad de responder de forma sensible al bebé, entendiendo por sensibilidad, precisamente, la capacidad de interpretar de modo adecuado su estado mental y sus necesidades, las suyas, las del bebé. La imposibilidad de algunos adultos de reconocer al hijo/a como un ser autónomo con un mundo propio hace que se produzca una simbiosis relacional en la que la inmadurez del adulto provoca la proyección en el/la niño/a de las propias necesidades, dificultando el desarrollo psicológico. Un buen ejemplo de ello es la frase, tan comúnmente escuchada a lo largo de la crianza: «Es que el niño no me come». Esta es una dificultad de inicio que, de hecho, se reproduce en las relaciones de pareja. Muchos de los conflictos de pareja se relacionan con la falta de comprensión de los estados mentales propios y del otro/a en tanto que seres autónomos.

En este sentido, y profundizando en el conocimiento de los procesos mentales, Mary Main (1985) propuso el concepto de *metacognición*, con el que se refiere a la capacidad humana de poder pensar sobre los propios pensamientos. Posteriormente, Peter Fonagy (1996) y colaboradores desarrollaron el constructo *mentalización* (o *función reflexiva*), procedente de otros marcos teóricos, a partir de su teoría de la mente. La mentalización se refiere a un conjunto de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizarse en los estados mentales propios y de los demás en la interacción. Entre ellas destacaremos las capacidades representacionales y la

habilidad de hacer inferencias, que forman un mecanismo interpretativo especializado que permite explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno, haciendo atribuciones e infiriendo de la otra persona los estados mentales que explicarían su conducta (Lanza Castelli y Bouchard, 2014).

El gráfico 7 muestra esquemáticamente el funcionamiento de los modelos internos en relación con la mentalización y el papel que desempeña la memoria¹¹.

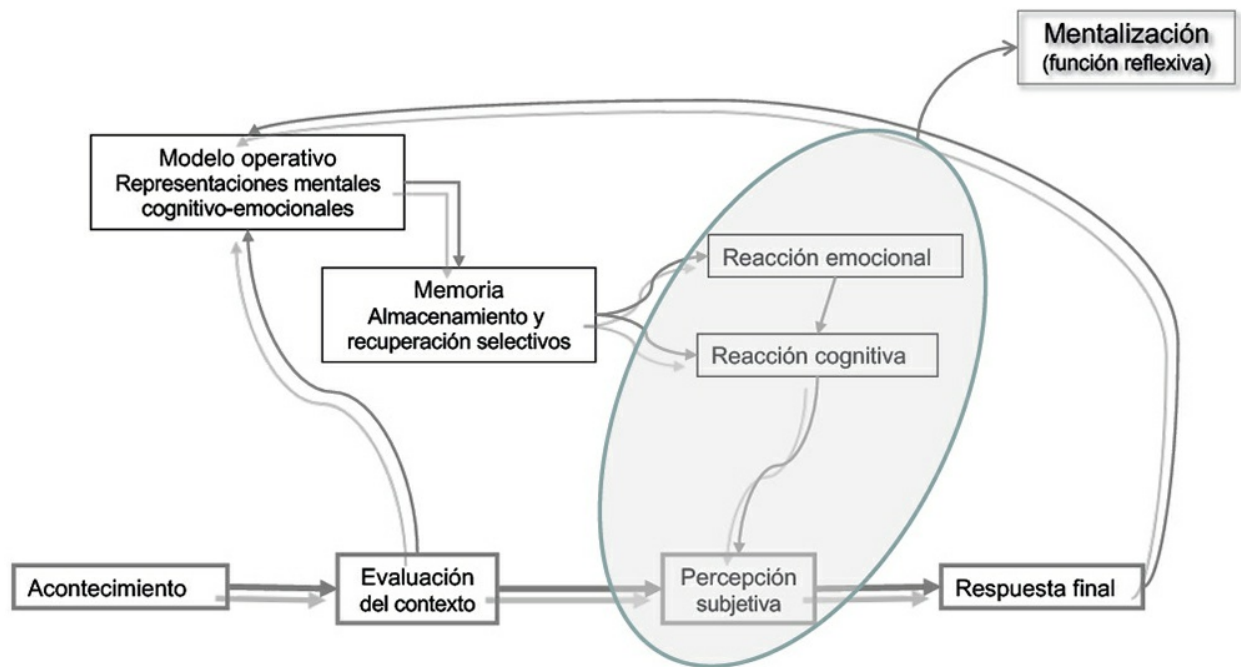


Gráfico 7. Funcionamiento de los modelos internos y la memoria.

Una vez que se produce un acontecimiento significativo, se realiza una evaluación del contexto. Esta evaluación es automáticamente filtrada por los modelos operativos internos que, como ya se ha reiterado, están compuestos por representaciones mentales cognitivo-emocionales a modo de engramas grabados en la memoria. Recordemos que existen reglas de almacenamiento de las experiencias y reglas de recuperación selectiva de las mismas, especialmente cuando los acontecimientos son dolorosos y/o traumáticos. Las representaciones mentales están compuestas por contenidos cognitivos y reacciones emocionales que se grabaron en el momento en que se produjeron históricamente y que se almacenan en la memoria cuyo contenido no es, en

gran medida, consciente.

La evaluación del contexto filtrada por los modelos internos, compuestos por representaciones mentales, procedentes del almacén mnémico, gran parte de ellas no conscientes, producen una percepción subjetiva de la situación. Esta percepción subjetiva provocará la respuesta comportamental final al acontecimiento inicial. Esta será más rígida o más flexible dependiendo de la capacidad de mentalización del individuo.

Es de gran interés para la psicoterapia en general y para la terapia sexual en particular conocer que los modelos internos generan expectativas ante los acontecimientos que variarán según los estilos de apego. Las personas inseguras que tienden a la ansiedad en las relaciones forjarán la expectativa de que, hagan lo que hagan, finalmente serán abandonadas. Es probable que en su memoria existan representaciones mentales de experiencias vividas en este sentido, debidas a la inseguridad e inconsistencia en la génesis de los vínculos. Las personas que tienden a la evitación generarán la expectativa de que una menor implicación emocional las mantiene a salvo.

Son estas expectativas las que condicionan la comunicación y las expresiones emocionales en las relaciones interpersonales, sobre todo las relacionadas con la intimidad, y están en la base de los conflictos. La ansiedad que se desprende de ello puede justificar muchos de los malestares en el comportamiento sexual. Las posibilidades de cambio aumentan cuando las expectativas, resultado del efecto del filtro que suponen los estilos de apego, no se cumplen. Dicho de otro modo, si se introducen nuevas representaciones mentales que no confirman las expectativas generadas por el conjunto de ellas, la tendencia de los modelos internos variará hacia una mayor seguridad, confianza, flexibilidad y comprensión de lo que está ocurriendo en la relación interpersonal.

Por tanto, la capacidad de mentalizar incluye un componente autorreflexivo y un componente interpersonal. Requiere de capacidades cognitivas que permiten focalizar la atención y el control en la relación, de un modo deliberado y, especialmente, comprender los estados emocionales para poder realizar juicios ajustados sobre los estados subjetivos, pudiendo de este modo pensar sobre los propios estados mentales. Este constructo toma como referencia la teoría del apego, subrayando la idea de que es en las relaciones

primigenias de apego donde el ser humano aprende a mentalizar. Los estados prementalizadores que se describirán más adelante se corresponden con etapas de inmadurez evolutiva en las que los niños todavía no han adquirido la capacidad de mentalizar. Solo cuando esta es alcanzada se puede hablar de un yo sólido y congruente.

Siguiendo las aportaciones de Bateman y Fonagy (2016), diremos que la mentalización se puede resumir en las siguientes características:

1. Capacidad de percibir e interpretar la conducta de los demás y la propia en términos de estados mentales intencionales. Se basa en el supuesto de que son los estados mentales los que influyen en la conducta.
2. Capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de pensamientos, sentimientos, deseos y expectativas.
3. En ausencia de mentalización no puede haber una comprensión sólida del yo, interacciones sociales constructivas, reciprocidad en las relaciones o sensación alguna de seguridad.

La capacidad de mentalizar permite reconocer que el mundo interno es distinto a la realidad externa, aunque guarde relación con ella. Permite sentir que la experiencia subjetiva puede ser interpretada, y por tanto se puede captar la diferencia entre los acontecimientos y nuestras reacciones ante ello, disfrutando de un cierto grado de libertad interna (Wallin, 2007).

Siguiendo a Bateman y Fonagy (2016), diremos que la mentalización es un proceso complejo que muestra las siguientes dimensiones:

- a) Mentalización controlada (explícita), mentalización automática (implícita). Normalmente, en un contexto seguro, las personas mentalizan de forma automática, flexible e intuitiva. En otros momentos es necesaria una mentalización controlada e inducida voluntariamente, de manera intencional. Requiere de más esfuerzo. Se tiende a emplear cuando se producen errores o conflictos. Lo adecuado en esta dimensión consiste en el equilibrio entre ambas. En situación de conflicto se tiende a inhibir el sistema neuronal ligado a la mentalización explícita frente a la implícita, que puede ser más

superficial a la hora de comprender y predecir las conductas en el sistema relacional. Es obvio que en psicoterapia se trabaja con la promoción de la mentalización controlada, reflexiva, atenta e intencional.

- b) Mentalización sobre uno mismo y sobre los demás. Algunas personas tienen gran capacidad para mentalizar sobre sí mismas, pudiendo hipermentalizar la situación personal, al tiempo que muestran una gran dificultad para mentalizar sobre los demás, es decir, de hacerse cargo del estado emocional del otro/a. A otras, en cambio, les sucede lo contrario: pueden ser hipersensibles hacia los estados mentales subyacentes de los demás, mostrando una gran dificultad para mentalizar sobre sí mismas. Resulta evidente que lo que se impone es el equilibrio entre las dos modalidades.
- c) Mentalización interna frente a externa. Se refiere al hecho de focalizar la atención en las señales externas de los estados mentales de la otra persona (gestos, movimientos, expresiones faciales) o en sus estados internos, es decir, en la capacidad de poder, como dicen los autores referenciados, «leer la mente» de la otra persona, con el fin de poder valorar y hacer inferencias de su estado. Algunas personas encierran una tendencia a centrarse en las señales externas («mueve mucho las manos, parpadea demasiado, luego está nerviosa»), al tiempo que son incapaces de comprender realmente el estado mental de la otra persona en función de sus estados mentales (emociones y sentimientos). La dimensión interna/externa de la mentalización está mediada por el propio yo. Las personas inseguras tienden a ser hipersensibles a las señales externas de la otra persona, viéndose afectadas por ellas: «Ha bostezado, le estoy aburriendo», «Mira para otro lado, no le intereso». Esta dimensión es particularmente interesante en psicoterapia, puesto que los usuarios pueden ser hipersensibles a los gestos y expresiones del terapeuta, impidiendo los avances en la capacidad de mentalización.
- d) Mentalización cognitiva frente a mentalización afectiva. La mentalización cognitiva implica la capacidad de razonar, reconocer y nombrar los estados mentales propios y de los demás. La mentalización

afectiva se refiere a la capacidad de reconocer los afectos asociados a los estados mentales previamente razonados (Bateman y Fonagy, 2016). La empatía, es decir, la capacidad de hacerse cargo del estado mental y emocional de la otra persona implica un claro equilibrio entre la capacidad de razonar cognitivamente acerca de lo que sucede, así como en la capacidad de comprender los afectos y emociones asociados y sintonizar con ellos.

Para comprender el proceso de mentalización, es necesario considerar las dimensiones anteriores. Las dificultades en la mentalización podrían comprenderse desde el desequilibrio en estas dimensiones. Por ejemplo, alguien podría tener dificultades para ejercer voluntariamente su capacidad de mentalizar, o ser incapaz de mentalizar sobre el estado mental de sus interlocutores, no así sobre sí mismo, ser muy dependiente de las señales externas de los demás, o ser incapaz de reconocer sus propios estados internos, o tener una gran tendencia a mentalizar sobre los aspectos cognitivos, no así sobre los afectivos.

Mentalizar, por tanto, es una actividad mental preconsciente e imaginativa en la que tenemos que intuir lo que otras personas pueden estar pensando o sintiendo. La mentalización revela la capacidad de revisar la interpretación que se hace de la realidad externa, diferenciándola de los sentimientos y emociones internos.

La capacidad de mentalizar depende en gran medida de la seguridad del apego. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando esta no está presente? Como sabemos, todo ser humano mantiene la angustia hacia el rechazo, la pérdida o el abandono, por motivos inicialmente supervivenciales. Las personas seguras también, pero disponen de mejores recursos para conjurar los miedos. Las personas inseguras lo hacen activando estrategias secundarias defensivas ante ello, a saber, hiperactivando el sistema de apego (mecanismo más probable en personas que tienden a la ansiedad en la relación) o desactivándolo (mecanismo más probable en personas que tienden a la evitación). Las defensas activas contra el miedo a la pérdida o abandono, e incluso contra la desestructuración del yo, afectan a la capacidad de mentalización, impidiéndola, restringiéndola, colocando a las personas en

situaciones prementalizadoras. Bateman y Fonagy (2016) describen los siguientes modos prementalizadores:

- a) *Modo de equivalencia psíquica*: se equiparan el mundo interior y la realidad externa. No existe diferenciación entre las creencias y los hechos. No hay un «yo» que interprete la experiencia, sino un «me» al que le ocurren las cosas.
- b) *Modo de simulación*: el mundo interno se disocia del externo. No se limitan las restricciones de la realidad. Todo aquello que se evita se convierte en inmaterial, simplemente deja de existir. Se siente como real lo que uno se imagina. La disociación, la negación y el narcisismo extremo son ejemplos de simulación (Wallin, 2007).
- c) *Modo teleológico*: las personas situadas en este modo de mentalización son capaces de reconocer los estados mentales de los otros, pero solo en situaciones concretas en las que aquellos se expresan a través de comportamientos físicos. Por ejemplo, una persona podría estar sintiendo verdadero afecto por otra, ese sería su estado mental en ese momento. Sin embargo, para esta última, el estado mental de la primera solo sería creíble si le besa, acaricia o se produce algún contacto físico. Muestran, por tanto, una dependencia exagerada de la «acción», entendida como comportamientos físicos observables. El modo de expresar sus estados mentales es también a través de la acción, por ello las personas instaladas rígidamente en este modo de prementalización podrían llegar a conductas físicamente agresivas. Tienden a entenderse a sí mismas y a los demás en términos de conductas físicas. Es decir, las personas situadas en este estado de prementalización se expresan a través de conductas que generan resultados observables. Solo cuenta lo que se ve, y por tanto se focalizan de manera exagerada en lo externo, pudiéndose producir pérdidas momentáneas de mentalización controlada. Como indican Bateman y Fonagy (2016), el abuso de la mentalización con fines teleológicos es posible a causa de la falta de mentalización implícita y explícita.

Los distintos modos prementalizadores se producen por desequilibrios en las características de la mentalización descritas anteriormente. En general, impiden o restringen la capacidad de mentalizar, siendo así que estos modos están presentes en los estados psicopatológicos. De hecho, Fonagy y colaboradores llevan años trabajando desde esta perspectiva en los trastornos límite de personalidad. Recientemente han publicado un manual de tratamiento basado en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2016).

No obstante, estos modos prementalizadores están presentes, en mayor o menor grado, en las relaciones habituales, especialmente en las relaciones de proximidad psicológica, como en la intimidad. Desde la perspectiva de las neurociencias, se comprueba que los estados de alta activación emocional inhiben la capacidad de mentalización. Los estudios basados en neuroimágenes avalan la idea de que los estados emocionales intensos inhiben los circuitos responsables de la mentalización cognitiva, lo cual supone un importante hallazgo para la psicoterapia (Bateman y Fonagy, 2016).

Por ello, las aportaciones acerca de la capacidad de mentalizar resultan extraordinariamente útiles para la comprensión de las dificultades afectivo-sexuales, y nos ofrecen pistas muy importantes respecto a los conflictos que surgen en el sistema de pareja y los recursos para comprender su naturaleza y evitarlos.

En la segunda parte de este libro defenderé un modelo comprensivo de terapia sexual, que consiste no tanto en recuperar conductas sexuales relacionadas con los estándares de rendimiento sexual, como de desarrollar criterios propios en la comprensión de la experiencia erótica. Los conocimientos acerca de la mentalización resultan absolutamente relevantes para la terapia sexual comprensiva.

¹ Un desarrollo más exhaustivo acerca de la relación apego-sexualidad la he desarrollado en Gómez-Zapiain (2009).

² Obviamente, no se puede reducir la vinculación afectiva a una serie de conductas de apego, sino que se trata de una disposición hacia el vínculo, que es la principal motivación del bebé desde el nacimiento, y que se mantiene a lo largo del ciclo vital.

[3](#) El sistema de apego no puede reducirse a un mero sistema de conductas orientado a la búsqueda de proximidad con el adulto en los seres humanos. Se trata esencialmente de la simbolización y atribución de significados que tal experiencia genera, que tiene un claro contenido inter e intrasubjetivo y que se almacena en el fondo mnémico del sistema nervioso, no necesariamente consciente.

[4](#) Este concepto será desarrollado ampliamente en la segunda parte del libro.

[5](#) En informática se utiliza para nombrar la conexión física y funcional entre dos sistemas o dispositivos de cualquier tipo, haciendo posible la comunicación entre distintos niveles. En este contexto, la intersubjetividad es la *interfaz* entre dos mentes.

[6](#) Para profundizar en el concepto de «intimidad», remito al capítulo 7 de mi monografía *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*: Gómez-Zapiain (2009).

[7](#) La ausencia de empatía como respuesta defensiva ante la angustia de desestructuración del yo, que convierte a la otra persona en mero objeto de satisfacción, puede estar en la base de las agresiones sexuales, lo cual sugiere una línea de investigación de gran interés.

[8](#) Para una mayor profundización en este tema, remito al capítulo 11 de Gómez-Zapiain, J. (2009).

[9](#) Para profundizar en la relación «soporte-dependencia» remito al lector a una de las investigaciones dirigidas por mí, recogida en Gómez-Zapiain, Ortiz Barón y Gómez Lope (2012).

[10](#) El término «dependencia», cuando se refiere a la dependencia interpersonal, en español suele tener una valoración más bien peyorativa. Se sobreentiende que aceptar que alguien depende de otra persona es poner en evidencia que se carece de la suficiente autonomía personal. Probablemente este equívoco proviene de una inadecuada traducción del verbo inglés *depend on*, que suele traducirse como «depender de» cuando, en este contexto, debería traducirse como «confiar en», «contar con (alguien)». De ahí la paradoja que propone J. Feeney, en el sentido de que las personas que reconocen la necesidad de confiar en sus personas significativas son, finalmente, más autónomas.

[11](#) Se denomina *memoria semántica* a la caracterizada por el almacenamiento de datos concretos, tales como nombres propios. Se denomina *memoria episódica* a la que conserva recuerdos de episodios, hechos vividos directamente por el sujeto. Ambas se hallan interrelacionadas. Por último, la llamada *memoria procedimental* es la que nos permite realizar cosas después de haberlas aprendido, y que tiene estrecha relación con lo que neurobiológicamente se denominan circuitos o engramas sensoriomotrices y que Jean Piaget describió.

CAPÍTULO 2

MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL

En este punto pretendo hacer una síntesis de los modelos de respuesta sexual que se han desarrollado en el ámbito científico a lo largo del siglo xx. Estos siguen siendo referencias importantes en la terapia sexual. En esta monografía se quiere ofrecer una visión crítica de ellos que permita contemplar nuevas formas de comprensión de la experiencia erótica. La principal crítica que se puede realizar, a excepción de Wilhelm Reich, consiste en que estos modelos, en especial el de Masters y Johnson, son esencialmente fisiologicistas y responden a un modelo biomédico bastante estricto¹². En este punto subrayaré los aspectos más relevantes de estos modelos que sustenta la propuesta aquí desarrollada.

Aceptando y no cuestionando sus grandes y evidentes aportaciones, sin embargo, estas son deficientes en cuanto a una comprensión psicológica de lo que supone la experiencia erótica en la psicología individual en relación con la o las personas con las que se comparte. Es significativo el término «respuesta sexual humana», que encierra la misma lógica biomédica que el de «respuesta digestiva, respiratoria o circulatoria». Ello indica que el centro de gravedad se sitúa claramente escorado hacia el lugar de las ciencias biológicas y médicas, en detrimento de las ciencias psicológicas, antropológicas y sociales. Si se desplaza el centro de gravedad en la comprensión de la sexualidad humana hacia estas últimas, es más lógico hablar de «experiencia erótica» que de «respuesta sexual», siendo este el término que utilizaré en lo sucesivo.

2.1. El ciclo de la respuesta sexual según Wilhelm Reich

No es frecuente citar a Wilhelm Reich entre los autores que han desarrollado modelos de respuesta sexual. Sin embargo, a pesar del grado de polémica que

rodea a este autor, maldito para algunos, vale la pena otorgarle un lugar importante en este ámbito. Wilhelm Reich (1933) desarrolló una de las descripciones más completas del ciclo de la respuesta sexual en su obra *La función del orgasmo*, haciendo hincapié en los cambios psicológicos del proceso. Sus aportaciones al conocimiento de la sexualidad probablemente no se han valorado lo suficiente. La obra de Reich contiene grandes aportaciones y también excesos (López, 1979). Sin duda, la descripción que hace del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual en su obra mencionada es extraordinaria. Probablemente, la más completa, pues incluye descripciones psicofisiológicas avanzadas a su tiempo, muy meritorias dada la escasez de medios técnicos de la época, así como una descripción del estado psicológico en cada momento del ciclo. Subrayó la importancia del orgasmo en la salud psíquica y física, y desarrolló el concepto de *potencia orgásmica*. Estos conocimientos se integraron en su propuesta psicoterapéutica a la que denominó «vegetoterapia». Un desarrollo de esta propuesta la encontramos en la «bioenergía» de Alexander Lowen (1990, 1995).

Aunque es de subrayar la importancia que Reich concede a la experiencia psicológica de la respuesta erótica en su conjunto —no tanto como una mera reacción fisiológica placentera sino como una experiencia que implica a lo más profundo del yo—, la teoría general que subyace a los planteamientos reichianos son cuestionables.

Wilhelm Reich está encuadrado dentro de lo que se considera la izquierda freudiana. Conecta con la posición del primer Freud dando prioridad a la psicología del ello, y mantiene el postulado económico de la teoría de las pulsiones, según el cual los procesos psíquicos consisten en la circulación y distribución de una energía psíquica cuantificable, la pulsión. De este modo, considera que la salud mental depende en gran medida de la circulación fluida de la energía sexual. Su bloqueo genera una coraza muscular y una coraza caracterial, siendo este el origen de la neurosis. La «función del orgasmo» consiste precisamente en permitir una libre y fluida circulación de esa energía psíquica.

Según los planteamientos reichianos, de raigambre izquierdista en cuanto a la teoría psicoanalítica, es la irrupción de la moral moderna la que obliga a los seres humanos a reprimir la pulsión sexual, subrayando las aportaciones

de Freud en su artículo «La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna» (1908). Siguiendo estos postulados, Reich fue un gran activista; de hecho, perteneció a la internacional socialista y desarrolló el movimiento denominado «Sexpol» en la década de los años treinta del siglo xx. Básicamente consistía en promover la actividad sexual como manera de liberalización personal, contribuyendo a la revolución sexual necesaria para el éxito de la revolución socialista.

Reich mantiene el modelo hidráulico que subyace al psicoanálisis, de modo que la pulsión sexual es una energía que fluye, de manera que si no circula y se libera de forma adecuada, se estanca, tornándose en un producto psicológicamente tóxico, origen de la neurosis. De estos planteamientos se deduce un criterio de salud sexual basado en la idea de que la propia salud sexual se logra a través de la actividad sexual, en la que la «potencia orgásmica» es un indicador de la misma. Por *potencia orgásmica* se entiende la capacidad de dejarse llevar por las sensaciones voluptuosas propias del orgasmo, sin restricciones, dejando que el cuerpo se exprese libremente y se produzca la descarga de la energía acumulada. Reich ofrece así una de las más completas descripciones de la respuesta sexual, ya que subraya su carácter psicosomático (a diferencia de otros modelos más fisiologicistas), integrándolo en una experiencia global que culmina en el acmé, en el que las profundas reacciones somáticas se expresan en un todo que incluye la experiencia psicológica en profundidad. Reich propone que la vivencia en plenitud de la respuesta sexual solo es posible en personas psicológicamente sanas, es decir, no neuróticas. El neuroticismo interfiere en la experiencia erótica en la medida que crea defensas contra el placer.

A lo largo de este libro insistiré en la idea de *experiencia erótica*, un concepto que va más allá de los comportamientos sexuales, aunque los incluye. Se refiere no solo a lo que se hace (conductas), sino a cómo se vive (experiencia). En este punto estaría de acuerdo con Reich en la comprensión psicosomática de la experiencia erótica y las interferencias psicológicas que la pueden deteriorar. De esta manera, la aportación de la teoría del apego estriba en la idea de que la capacidad de dejarse llevar por las sensaciones voluptuosas depende de la seguridad básica, además de que la experiencia erótica es un hecho eminentemente relacional en el que los modos de

vinculación son decisivos, expresados estos en términos de modelos operativos internos.

Otro valor importante de la obra de Reich es su carácter reivindicativo, pues es realizada por un intelectual de izquierdas que critica con vigor la manipulación cultural del sexo al servicio del control social, uniéndose de este modo a otros pensadores integrados en lo que históricamente se ha considerado la «izquierda freudiana». La sociedad en su conjunto no ha cambiado demasiado en este sentido. Tal vez lo que ha evolucionado es la sutil manera del vetusto concepto de *represión sexual*. En la actualidad, el mecanismo principal de represión es la comercialización del sexo, asociada al rendimiento y a la imagen. Todo se compra, todo se vende: el sexo también. Aun siendo crítico con la obra de Reich, la sociedad en su conjunto y especialmente los profesionales, cuyo objeto de trabajo es la relación humana, deberían reflexionar sobre el sentido del sexo en la sociedad actual en un momento en que la ideología no está de moda.

Las ideas reivindicativas reichianas llegan hasta nuestros días y, a mi modo de ver, deben ser matizadas. Su herencia se plasma en un modelo combativo de intervención o, como lo define Félix López (2015), un modelo prescriptivo en los diversos ámbitos, incluido el de la sexología, que condiciona subliminalmente las intervenciones tanto en educación como en terapia sexual. Es prescriptivo en la medida en que las personas en terapia deben ajustarse al modelo de actividad sexual prescrito por el profesional que las atiende. Esta prescripción puede ser explícita, pero por lo general está implícita en los referentes en los que se apoyan las intervenciones que, desde este modelo, se propondrían un ideal de actividad sexual coherente con la fundamentación teórica en que se sustenta este modelo.

Este planteamiento resulta incorrecto y difícilmente se podría mantener si atendemos al conocimiento teórico y empírico del que disponemos en la actualidad. La salud sexual no depende de la «cantidad» de actividad sexual, sino de la capacidad de integración del deseo erótico en el conjunto de la personalidad (Gómez-Zapiain, 2013). A diferencia de este modelo prescriptivo, somos partidarios del modelo biográfico-profesional (López, 2015), que considera que la salud sexual depende fundamentalmente del uso de la libertad que el ser humano dispone a la hora de tomar sus propias

decisiones acerca de la actividad sexual. Como más tarde se propondrá, el uso de la libertad en la toma de decisiones acerca de la experiencia erótica y la asignación de significados propios a ella, pasa por la comprensión de la misma a través de la capacidad de exploración del mundo interior en relación con la o las personas significativas.

Una alternativa al concepto de potencia orgásmica logrado a través del orgasmo hasta alcanzar el acmé lo encontramos en el concepto de *potencial erótico*, descrito por Schnarch (2000) y al que me referiré más adelante. El desarrollo del potencial erótico va a ser una clave a lo largo de esta monografía, útil tanto desde el punto de vista de la terapia como desde la promoción de la salud y el crecimiento personal. Fue propuesto por Reich y consiste en la capacidad de dejarse llevar sin control personal a través de las sensaciones voluptuosas propias de la satisfacción sexual.

2.2. El ciclo de la respuesta sexual según Masters y Johnson

Williams Masters y Virginia Johnson han pasado a la historia por sus aportaciones al conocimiento de la respuesta sexual humana. El conocimiento sobre la respuesta sexual estaba francamente retrasado en relación con otros ámbitos de la biología y la medicina, a pesar de los hallazgos anteriores. Ello se debió sin duda a la moral extremadamente conservadora, que consideraba inadecuado, impropio e incluso indecente investigar sobre temas relacionados con la sexualidad. El nivel de conocimiento sobre el sistema nervioso, por ejemplo, era asombrosamente avanzado, mientras que no se conocían con precisión los mecanismos de excitación relacionados con la erección, la lubricación vaginal o el orgasmo, tanto en mujeres como en hombres. Masters manifestó desde el inicio de su carrera profesional su interés en investigar en estos temas, pero sus mentores se lo desaconsejaban. Afortunadamente, persistió en su afán de ampliar el conocimiento en este campo y se lanzó al estudio en profundidad de la respuesta sexual humana, cuyos resultados se plasmaron en la publicación del mismo nombre junto a Virginia Johnson (Masters y Johnson, 1966).

Masters y Johnson proponen su conocido modelo de respuesta sexual en su libro *La respuesta sexual humana* (1966), consistente en cuatro fases:

excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Fase de excitación: inicia el ciclo de respuesta sexual. Ante determinados estímulos eróticos, el sistema sexual se activa y se producen los cambios fisiológicos correspondientes. Los reflejos de vasodilatación y vasocongestión producen en el organismo modificaciones propias de esta. Se manifiesta en los cambios anatomo-fisiológicos, engrosamiento de los labios vulvares, cambio de tonalidad y sobre todo la aparición de la lubricación vaginal. En el hombre la respuesta equivalente es la erección. La fase de excitación se caracteriza por el grado de tensión sexual que la estimulación provoca.

Fase de meseta: se caracteriza por constituir un alto grado de excitación sexual. No ocurren cambios nuevos, en todo caso se incrementan los producidos en la fase anterior. En esta fase se alcanza el umbral mínimo para la consecución del orgasmo.

Fase de orgasmo: se trata de un reflejo que se dispara superado el umbral de excitación y se caracteriza por los movimientos clónicos propios de esta fase. El orgasmo supone la liberación de la tensión provocada por la vasocongestión y la miotonía producida en las fases anteriores.

Fase de resolución: etapa en la que todos los cambios producidos durante el ciclo vuelven a la normalidad, a sus valores normales.

Una de las principales aportaciones de Masters y Johnson fue la muy detallada descripción fisiológica de la respuesta sexual basándose en el registro de miles de ciclos de respuesta sexual en población de ambos sexos y de todas las edades, cuyos resultados fueron recogidos en su obra *La respuesta sexual humana* (1966). Son de destacar las diferencias del ciclo de respuesta sexual entre el hombre y la mujer, las cuales han permitido comprender mejor el erotismo tanto de las mujeres como de los hombres y sus diferencias.

Sus aportaciones en relación con la terapia sexual son más relativas a pesar de los esfuerzos de Virginia Johnson. Su propuesta terapéutica fue

recogida en su obra *Inadecuación sexual humana* (1970). El gran valor de esta aportación es que por primera vez proponen un formato de terapia sexual breve. Este modelo, limitado a todas luces, llega a nuestros días siendo utilizado sobre todo por médicos especializados en sexología.

2.3. La respuesta sexual según H. S. Kaplan

La psicóloga Helen Singer Kaplan cuestiona el modelo de Masters y Johnson, aunque valora su capacidad descriptiva. Considera que la distinción entre excitación y meseta no tiene suficiente base empírica, puesto que se trata de dos momentos de la misma fase. Por otro lado, considera que es insuficiente la atención que otorgan a los factores psicológicos y motivacionales.

Las aportaciones de Kaplan surgen de sus observaciones tanto clínicas como psicoterapéuticas, como investigadora en el Hospital Cornell de Nueva York, y del análisis de los postulados anteriores. Antes de Masters y Johnson se consideraba la respuesta sexual como un todo, es decir, como si la respuesta sexual fuese una única entidad. En ella se englobaban todas las posibles dificultades sexuales de los hombres bajo el concepto de *impotencia* y las de las mujeres bajo el concepto de *frigidez*. El tratamiento era indiferenciado y a un mismo diagnóstico le correspondía un mismo tratamiento.

Kaplan replantea el concepto de *fase* en el modelo de Masters y Johnson. Ellos lo utilizan con valor meramente descriptivo. Sin embargo, Kaplan considera que cada fase constituye una entidad neurofisiológica independiente. Esta reflexión la hace en dos momentos. En el primero expone la naturaleza bifásica de la respuesta sexual: esta tendría dos fases, excitación y orgasmo (1974). En un segundo momento, basándose en el análisis de sus fracasos terapéuticos, se corrige a sí misma y declara definitivamente su famoso modelo trifásico de respuesta sexual (1979):

- *Fase de deseo*: activación motivacional de la respuesta sexual.
- *Fase de excitación*: reacción genital vasocongestiva que produce erección en el pene y lubricación vaginal en la mujer, además de importantes cambios extragenitales.

— *Fase de orgasmo*: reacciones clónicas reflejas que constituyen el orgasmo.

Modifica, por tanto, sus presupuestos anteriores y enuncia el *modelo trifásico de la respuesta sexual*. Como antecedente próximo citaremos a Lief (1977), quien poco antes escribió un artículo diferenciando el deseo sexual de la excitación y el orgasmo.

El modelo trifásico de respuesta sexual, y por tanto la consideración de que la fase de deseo constituye una entidad neurofisiológica independiente, han sido reconocidos por la comunidad científica. De la misma manera que hasta ese momento se consideraba que la alteración de las fases de excitación u orgasmo generaba trastornos específicos, la alteración de la fase del deseo generará específicamente los trastornos del deseo. El modelo trifásico de la respuesta sexual enunciado por Kaplan fue reconocido y recogido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) a partir de 1980.

En resumen, el modelo trifásico de la respuesta sexual comprende tres fases: deseo, excitación y orgasmo. Cada una de ellas respondería a entidades neurofisiológicas diferentes. Podrían ser alteradas independientemente, generando así los trastornos específicos de cada fase.

2.4. El modelo tridimensional de Schnarch

David Schnarch (1991) propone una visión complementaria y de gran interés para la evolución de la comprensión de la dimensión erótica en los seres humanos. Este autor genera un debate en relación con el modelo trifásico kaplaniano y se pregunta: ¿se puede considerar que el deseo sexual es una fase cronológicamente anterior a las de excitación y orgasmo?, ¿el deseo termina para dar paso a la siguiente fase, la excitación?, ¿cuál es el límite entre deseo y excitación?, ¿son el deseo sexual y la excitación variables diferentes?

Según Schnarch, el modelo de Kaplan no permite ponderar el nivel de deseo precedente al encuentro sexual, ni su intensidad, ni su dinámica a lo largo del ciclo de la respuesta sexual. Considera que el deseo no es tan solo

una fase previa, sino que precede y acompaña a la excitación y al orgasmo. Tal consideración es aceptada por autores como Levine (1984, 1987, 1988), Rosen y Leiblum (1995) o Rosen y Beck (1988), entre otros.

La representación gráfica del modelo trifásico manifiesta el error conceptual que contiene. La respuesta sexual no puede representarse en un solo plano. Es necesaria una representación tridimensional que incluya los tres ejes que intervienen en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual: a) la intensidad del deseo, b) el nivel de excitación y c) el tiempo transcurrido. Por ello propone un modelo tridimensional.

Este modelo corrobora la afirmación de Kaplan en cuanto a que se puede alterar una de las fases independientemente de las demás. Por tanto, el deseo puede inhibirse, manteniendo el resto del ciclo, la excitación y el orgasmo. Sin embargo, este modelo tridimensional explica mejor cómo es posible que algunas personas puedan reproducir ciclos de respuesta sexual sin deseo. Las personas con deseo sexual inhibido pueden alcanzar los umbrales mínimos que hacen posible la excitación y el orgasmo, aunque la experiencia subjetiva del conjunto puede ser tan frustrante que, finalmente, se perfile como una dificultad que debe ser tratada por un especialista.

En cualquier caso, y en términos de comprensión de las dificultades sexuales humanas, no puede considerarse el deseo erótico tan solo como una fase de la respuesta sexual, sino como una emoción compleja que se articula en la estructura del yo y que se expresa de diferentes formas. Como ya se ha dicho en varios lugares, como toda emoción genera una tendencia de acción que consiste en la búsqueda de satisfacción sexual en otra persona, del mismo o diferente sexo. Es aquí donde el deseo se articula en el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual cuyos modelos acabo de describir.

2.4.1. El modelo del quantum

Los modelos clásicos acerca de la respuesta sexual humana resultan válidos para la descripción de esta en términos fisiológicos, si bien se muestran excesivamente simples para representar la experiencia erótica humana. Los modelos descritos pertenecen a lo que el propio Schnarch considera que responde a criterios de primera generación, pero la complejidad y riqueza de

la experiencia erótica humana se expresan mejor por principios de segunda generación, cuyo debate se abordará en el capítulo 5.

Desde un punto de vista evolucionista, la actividad sexual tiene una marcada función adaptativa a través de la reproducción y la selección natural. En realidad, la respuesta fisiológica garantiza tal función, los núcleos principales que la regulan se hallan en el paleoencéfalo, que, como sabemos, regula las funciones más básicas y supervivenciales. Sin embargo, el comportamiento sexual de las especies que muestran mayor desarrollo cortical está mediado por las funciones propias de la misma. En el caso de los seres humanos, las estructuras básicas reguladoras del comportamiento sexual, con un fin meramente supervivencial, están ricamente conectadas con las áreas cerebrales, situadas en la corteza, que las conectan con las experiencias vitales, la memoria, el pensamiento y el lenguaje. Es aquí donde la teoría del apego puede aportar luz a la comprensión de las dificultades sexuales humanas.

Desde un punto de vista histórico, encontramos a algunos autores que han ofrecido una visión más integral de la respuesta sexual humana, como en el caso, visto anteriormente, de W. Reich (1974), quien describió no solo los cambios fisiológicos, sino también los psicológicos que se producen a lo largo de la misma. Recordemos que una de sus divergencias con el psicoanálisis ortodoxo hace referencia al hecho de que la integridad de la respuesta fisiológica no garantiza la ausencia de neurosis. El psicoanálisis, en términos generales, consideraba que si una persona deseaba mantener relaciones sexuales, se excitaba en términos psicológicos y tenía erecciones que hacían posible el coito; al no haber síntomas, no había neurosis. Sin embargo, Reich consideraba que este criterio era insuficiente. La neurosis no se explicaba tan solo por la ausencia de síntomas manifiestos en la respuesta sexual, sino por la capacidad de vivir intensamente y sin defensas el orgasmo, a través del cual circulaba la energía sexual. A esta capacidad la denominó *potencia orgásmica*. Aunque este concepto pueda ser teóricamente discutible, no deja de ser una aportación que refleja el sentido que tiene la disposición de los individuos hacia la experiencia profunda del placer sexual. Una forma de aproximación al concepto reichiano de potencia orgásmica podría hacerse, salvando las distancias, desde la idea del potencial sexual y que

desarrollaremos posteriormente.

El modelo del quantum propuesto por Schnarch (1991) va a tener una gran importancia en la comprensión de la experiencia erótica en esta monografía. Será utilizado como referencia para contextualizar las principales aportaciones de la teoría del apego a la respuesta sexual. Se expresa de esta forma:

El nivel total de activación que se puede alcanzar en la experiencia erótica no depende solo de la estimulación física que se produzca, sino también de la estimulación psicológica. Por *estimulación física* se entiende la transmisión de sensaciones placenteras a través de los receptores sensoriales, y por *estimulación psicológica* la producida por procesos cognitivos y emocionales. Por tanto, el modelo se podría expresar en la ecuación:

nivel total de activación = estimulación física +/- procesos psicológicos

Las variables relacionadas con el modelo son definidas por David Schnarch de la siguiente manera:

Nivel total de activación: cantidad de estimulación que es menor, igual o mayor que el nivel de respuesta fisiológica sexual.

Estímulo físico: cantidad de estimulación sexual externa recibida. Está en función de la cantidad y calidad del estímulo sensorial y de la capacidad del cuerpo para transmitirlo, procesarlo y, sobre todo, percibirlo.

Procesos psicológicos: proceso emocional y cognitivo del receptor. Incluye la capacidad de focalizar sensaciones, la atribución de significado a experiencias sensoriales y al impacto de la ansiedad. Los procesos psicológicos son modulados por componentes intrapsíquicos y sistémico-relacionales.

Umbral: cantidad de estimulación sexual requerida para desencadenar la respuesta vasocongestiva asociada con la excitación y el orgasmo.

El nivel total de activación determina si ocurren los cambios en la fisiología sexual. Como ya indicábamos, las descripciones de la respuesta sexual son a menudo mecánicas desprovistas de «humanidad», complejidad o calor que toda persona busca en el sexo. La mayor parte de las descripciones son modelos aptos para describir el comportamiento sexual de especies inferiores en la escala filogenética.

En los humanos, el funcionamiento sexual implica más que un simple contacto físico; la manera en que la estimulación es experimentada y atendida desempeña un papel crucial en la determinación del nivel total de estímulo y

el grado finalmente alcanzado. Lejos de la creencia generalizada de que el comportamiento sexual es una cuestión de «rendimiento físico», la sexualidad humana es fundamentalmente una experiencia psicológica significativa y profunda. Sin embargo, la capacidad de estimulación sexual de las personas está íntimamente relacionada con el mundo emocional. Tanto el deseo sexual como la propia excitación sexual promueven la emisión de emociones tanto positivas (amor, atracción, deseo, cariño, calidez, confianza, ternura, etc.) como negativas (miedo, culpa, ansiedad, sensación de inmerecimiento, desconfianza, etc.). Las primeras optimizan la estimulación, mientras que las segundas las restringen. Esta complejidad hace referencia a la experiencia erótica, que es un conjunto de emociones, sensaciones, valoraciones cognitivas, conductas y comportamientos de aquello que se experimenta en la intimidad erótica. Por ello es preferible hablar de experiencia erótica y no de conducta sexual.

El nivel de activación sexual, que podríamos asociar con el grado de satisfacción de la experiencia, no solo depende de la estimulación física, sino sobre todo de los «procesos psicológicos». Estos son experimentados como formas de ansiedad. Si se me permita la expresión, la ansiedad (activación) es como el colesterol; existe ansiedad buena y ansiedad mala. La primera es el resultado de emociones positivas, el amor, el enamoramiento, el apego, la comunicación, etc., mientras que la negativa se asocia al miedo, la angustia, la vigilancia o la inseguridad. Tal vez por ello se dice que el mejor afrodisiaco es el enamoramiento. En efecto, el enamoramiento (ansiedad buena) forma parte de los procesos psicológicos que se suman a la estimulación física y potencian extraordinariamente la experiencia erótica, dotándola de un significado muy especial¹³.

2.4.2. Potencial erótico

Como otras actividades humanas, la capacidad erótica es una dimensión que puede ser desarrollada. Tal y como indica su autor, se podría establecer un continuo que iría desde la disfunción sexual, pasando por la sexualidad normal —más bien utilitaria, no problemática—, hasta llegar al erotismo de alto nivel. Dicho de otro modo, al igual que otras capacidades humanas, el

erotismo posee un potencial que puede ser desarrollado. Sin embargo, tal desarrollo, en tanto que experiencia compartida profundamente humana, suele quedar inexplorado en términos generales. Ello ocurre, quizá, por la influencia de valores distorsionados de la cultura occidental, en la que la obsesión por la satisfacción inmediata, la determinación de los estándares de rendimiento sexual, los criterios inadecuados de salud sexual, la promoción del mantenimiento de la insatisfacción permanente como modo de promover el consumo o la trivialización del sexo en relación con la tabuización de la intimidad impiden en muchos casos la personalización de la experiencia y, por tanto, el desarrollo del potencial erótico.

La evolución puede haber asegurado que los humanos estén programados para perpetuar la especie, pero esto no garantiza que la satisfacción sexual y la intimidad erótica estén aseguradas. Como indica Schnarch, la capacidad erótica humana no es inherente al comportamiento sexual o a la función genital. Es un potencial que debe o puede ser desarrollado. La creencia de que el coito es el grado máximo de intimidad que dos personas pueden alcanzar responde más a un estereotipo cultural que al potencial erótico que ellas pueden desarrollar. Expresado de otra forma: el objetivo no tendría que ser el coito en tanto que mera experiencia sensorial, sino el desarrollo del potencial de intimidad erótica, que puede ser inherente al propio coito.

Como bien dice Félix López, el uso de la dimensión erótica de la sexualidad pertenece al «reino de la libertad», a diferencia de las especies subhumanas cuyo comportamiento sexual pertenece al «reino de la necesidad» (López, 2015). Ello significa que cada persona es libre y esta libertad la confronta con la necesidad de tomar decisiones. Por tanto, la persona en concreto es libre de decidir acerca del desarrollo de su potencial erótico.

Sería un error convertir esta capacidad en una obligación. Cada persona, según su proyecto personal, debe otorgar al erotismo el peso que considere oportuno. Para algunas se convierte en una cuestión central de sus vidas, mientras otras valoran y desarrollan otros aspectos personales. Como la función erótica es una realidad compartida, el potencial erótico se desarrolla principalmente en el sistema de pareja, sin dejar de considerar el autoerotismo como una fuente de riqueza.

En términos de crecimiento personal, no es lo mismo que el desarrollo del potencial erótico sea imposible por limitaciones o conflictos o por una decisión personal. El papel de los profesionales de la psicología y ciencias afines estriba en la invitación al desarrollo de este potencial, como una fuente de riqueza, que incluye variables como el placer erótico en sí mismo, la comunicación, el amor, la vinculación afectiva, la afirmación, la autoestima o la seguridad. El objetivo esencial consiste en ayudar a las personas al desarrollo del mejor proyecto de sí mismas; en este está incluida la dimensión erótica.

Todo ser humano posee un potencial erótico que podría ser desarrollado, como cualquier otra capacidad humana. Se podría establecer un continuo entre la disfunción sexual, la experiencia erótica no conflictiva y el erotismo de alto nivel. Sin embargo, parecería que el desarrollo del potencial erótico, más allá de lo que se requiere para un adecuado comportamiento sexual estándar, quedaría inexplorado (Schnarch, 1991).

¹² Estos modelos están más ampliamente desarrollados en una publicación anterior titulada *Psicología de la sexualidad*, a la que remito: Gómez-Zapiain, J. (2013).

¹³ Una mayor profundización por mi parte en el modelo del quantum se halla en el libro *Psicología de la sexualidad* (Gómez-Zapiain, 2013) y, por supuesto, en la fuente, la propia bibliografía de Schnarch (1991, 2000).

CAPÍTULO 3

DIFICULTADES, ALTERACIONES Y TRASTORNOS EN EL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD

En la aproximación a las dificultades, alteraciones o trastornos en el ámbito de la experiencia erótica, conviene hacer una reflexión al respecto. No cabe duda de que es imprescindible la exploración y el diagnóstico de las dificultades sexuales. Sin embargo, se hace necesaria una aproximación crítica a esta realidad.

Esta monografía propone un modo diferente de aproximación a la comprensión de las dificultades sexuales que generan malestar o sufrimiento, así como una invitación a nuevos modelos de terapia sexual y de pareja.

En el capítulo anterior hemos analizado los modelos más relevantes en la explicación de la respuesta sexual humana. Los modelos clásicos propuestos tanto por Masters y Johnson como por Kaplan parten de un modelo médico-clínico que define la funcionalidad en el comportamiento sexual humano y determina, por tanto, las disfunciones sexuales¹⁴. A partir de ese punto, se establecen los criterios diagnósticos, se definen las disfunciones, se construyen las taxonomías y se establecen los tratamientos.

Sin embargo, tal y como se defiende en diversas partes de este libro, una nueva manera de contemplar la sexualidad humana es desde la profundización en la experiencia erótica y no tanto desde la focalización en las conductas sexuales. La experiencia erótica es fundamentalmente emocional, un conjunto de sentimientos y emociones en el que el deseo erótico es el elemento esencial, que se producen en una relación interactiva y que incluyen conductas sexuales y representaciones cognitivas. No se puede reducir, por tanto, a meras conductas observables.

Si se considera la experiencia erótica en sí misma como una realidad

subjetiva que responde a diferentes necesidades humanas, es necesario repensar los conceptos de función, disfunción y trastorno. Ello obliga a revisar los formatos de terapia sexual, tal y como se desarrolla en el capítulo 5.

Es por todo ello por lo que es preciso ser prudentes con el uso indiscriminado del concepto de trastorno. El lector advertirá que a lo largo del texto apenas se utiliza y en su lugar se emplean términos tales como «dificultad» o «alteración».

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, American Psychiatric Association, 2014) o su equivalente, el *Manual Internacional de Enfermedades* (CIE, Organización Mundial de la Salud, 2003) en sus últimas versiones, quinta y décima respectivamente, se han convertido en referencia de la clasificación de trastornos y enfermedades mentales. En el DSM-V se describe el trastorno mental como:

[...] un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

[...] una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

Recordemos que tanto el DSM-V como el CIE-10 contienen un capítulo dedicado a los trastornos sexuales.

Una visión crítica al respecto significa que debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». Este, al igual que otros muchos términos en medicina y en ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Por ello es arriesgado extrapolar criterios estrictamente médicos a dificultades, malestares e incluso trastornos psicológicos.

La mayor parte de las dificultades sexuales que se consultan no son trastornos, no provienen de un desequilibrio del estado mental.

Si alguien se pone muy nervioso, bloquea la capacidad de reconocer sensaciones preorgásmicas y tiene la sensación de que su orgasmo es prematuro, generando además un efecto en su sistema relacional; tal sensación no debe ser clasificada como un trastorno mental, aunque aparezca en el DSM-V, ni como una enfermedad, aunque aparezca en el CIE-10, tipificados por ambos como eyaculación precoz dentro del apartado de los trastornos sexuales. Sin duda, es más ajustado pensar en una dificultad sexual que, una vez liberada la persona en concreto de la presión acerca de la función que debe desempeñar, será superada en la medida en que sea capaz de poner sus propios recursos psicológicos en marcha para redefinir la cuestión y manejarla. Este ejemplo seguramente se ajusta mejor a la segunda parte de la cita expuesta más arriba. Sin embargo, se percibe en la cultura occidental una peligrosa tendencia hacia la patologización de cualquier manifestación sexual. Aunque se trata ya de un texto vetusto, conviene recordar *Los médicos fabricantes de angustia*, de Alex Comfort (1977), haciendo extensivo el título a otros profesionales de la salud, incluidos los psicólogos.

Pongamos otro ejemplo. No creo que la transexualidad sea un trastorno. Es preferible entenderla en términos de proyecto de sexuación. El conocimiento científico acumulado en torno a la transexualidad nos permite observar que, muy probablemente, algo ocurre que hace posible una clara discrepancia entre la identidad sexual desarrollada y las características corporales, lo cual exige una armonización entre el cuerpo sexuado y el desarrollo de la identidad considerada en su conjunto. El resultado del proyecto de sexuación, cuando el ambiente cultural y el acompañamiento son apropiados, suele ser plenamente exitoso, careciendo de sentido la clasificación de trastorno.

Otro ejemplo más: cuando una persona siente que se activa eróticamente al contemplar secuencias altamente eróticas en una película, ¿podemos decir que esta persona padece un trastorno sexual compatible con la parafilia en su modalidad de voyerismo? Lo cierto es que no. Aunque técnicamente ese comportamiento se defina como la excitación sexual producida al mirar a otras personas, sería una locura clasificar de este modo esa experiencia. En todo caso se trataría de una peculiaridad de la configuración del deseo

erótico.

Pero ¿qué ocurre si la principal actividad sexual de alguien es engañar a niños o niñas para utilizarlos como objetos eróticos al servicio de su propia satisfacción, ocasionando estragos en el desarrollo de sus víctimas? Entonces, sin duda estamos ante un claro trastorno.

No quiero dar una impresión de laxitud, ambigüedad o falta de rigor, y por ello creo que es importante contar con clasificaciones y taxonomías que ayuden a los profesionales a orientarse en la comprensión de los problemas sexuales humanos. Se trata de mantener una actitud crítica ante ellas y utilizarlas flexiblemente y con rigor. Las clasificaciones son un medio y no un fin en sí mismas, mapas de situación que nos permiten llegar a un destino, que no es otro que la comprensión de lo que ocurre.

3.1. La clasificación de las alteraciones y dificultades sexuales

No es objetivo de este libro profundizar en este punto, ya que no se trata de un manual. Por ello, resumiré aquí lo ya publicado en *Psicología de la sexualidad* (Gómez-Zapiain, 2013).

Partiendo de una visión amplia del concepto de sexualidad, esta se refiere a dos categorías bien definidas: a) la que hace referencia a la división orgánica como hombres y mujeres y a las cualidades que las distinguen¹⁵, y b) la que hace referencia al deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos.

Para ser coherentes con esta fundamentación conceptual, toda aproximación taxonómica a las dificultades sexuales deberá incluir estas dos grandes categorías. Por tanto, las personas podrían tener dificultades con el propio diseño de su identidad sexual y de género en relación con la estructura de su yo. Por otro lado, podrían tener problemas con el deseo erótico, en relación con su configuración y manejo, y también con las dificultades concretas que surgen a lo largo de las fases del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.

El objetivo de toda clasificación consiste en organizar taxonómicamente los elementos que componen un fenómeno, en nuestro caso los problemas psicológicos y psicofisiológicos derivados de la sexuación humana. El

conocimiento acumulado y el consenso científico permiten contar en la actualidad con clasificaciones cada vez más precisas. Una buena taxonomía es esencial para una adecuada evaluación y comprensión del fenómeno que vamos a analizar.

Tal y como acabamos de comentar, es necesario mantener una visión crítica acerca de las clasificaciones. Estas deben ser entendidas tan solo como mapas de situación. Un mapa permite orientarnos, dirigirnos hacia un lugar, tomar decisiones en las encrucijadas. Pero tan solo es eso, un mapa, una representación de la realidad. A través del mapa podemos anticipar el camino, podemos calcular los recorridos, podemos intuir qué es lo que nos vamos a encontrar. La realidad, sin embargo, es otra cosa. A menudo, la realidad nos sorprende cuando seguimos fielmente el recorrido que indica el mapa. El mapa es una representación, mientras que la realidad está trufada de datos diversos, como la temperatura, el color, los aromas o el paisaje. En ocasiones, la realidad nos enfrenta a cuestiones no previstas en el esquemático mapa.

Algunos profesionales, sobre todo los neófitos, tienden a abusar de las clasificaciones, forzando la realidad. No es posible introducir la realidad de una persona en una casilla. La clasificación es una referencia para la comprensión del fenómeno, no es el fenómeno en sí. La crítica hacia uno mismo, en tanto que profesional, nos puede llevar a comprender que aferrarse dogmáticamente a clasificaciones cerradas puede ser interpretado como una defensa ante la inseguridad que genera la duda.

En relación con las clasificaciones de los problemas sexuales, se han producido diversas propuestas a lo largo de los años. Citaremos brevemente las más importantes: Wolpe (1973), Masters y Johnson (1970), Annon (1974), Kaplan (1974, 1979), Schover, Friedman, Weiler, Heiman y LoPiccolo (1982). En nuestro entorno más próximo cabe destacar el esfuerzo integrador de las propuestas de los diversos autores, realizado por José Antonio Carroble, bajo la denominación de *Sistema clasificatorio integrado tipológico-funcional de los problemas sexuales* (Carroble y Sanz, 1991), el cual no se circunscribe solo al ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, sino que ofrece un amplio espectro de las posibles dificultades sexuales.

Teniendo en cuenta las principales propuestas clasificatorias, siendo

coherente con el concepto de sexualidad que se ha defendido en este texto, se expone a continuación una propuesta clasificatoria, fundamentada en el sistema tipológico funcional propuesto por Carrobles, aunque se han introducido algunas modificaciones que actualizan algunos conceptos.

Es de vital importancia considerar, siendo consecuente con los argumentos esgrimidos, que solo tiene sentido incluir en la clasificación de alteraciones y trastornos aquellas situaciones que generen un malestar muy acusado y, como consecuencia, un dolor significativo que ponga en serias dificultades la vida ordinaria de la persona en cuestión.

Las dificultades y los trastornos relacionados con la sexualidad humana se agrupan en cinco grandes categorías:

1. *Dificultades relacionadas con la identidad sexual.* En esta categoría se incluyen las dificultades y alteraciones asociadas con la identidad sexual. También se incluyen dificultades en relación con la integración y aceptación del modo en que cada persona se siente mujer u hombre. Conviene aclarar que en el concepto «identidad sexual» van incluidas todas las cuestiones relacionadas con las atribuciones culturales al hecho sexual, por lo general englobadas en lo que convencionalmente se considera el género. No consideraríamos la transexualidad, el transgénero —en todas sus modalidades— y los estados intersexuales como un trastorno en sí mismo. En todo caso, estaríamos atentos a las situaciones en las que las dificultades de integración de la identidad sexual y de género puedan generar sufrimiento, independientemente de criterios de corrección política. El criterio de demanda es esencial.

En esta categoría se tendrá en cuenta lo que se podría denominar *déficit de identidad*. Es decir, algunas personas podrían sufrir por la falta de aceptación de su forma personal de ser mujer u hombre en comparación con las exigencias sociales al respecto. Este malestar puede relacionarse con la imagen corporal o con modos de ser o rasgos de personalidad discrepantes con el «ideal» de masculinidad o feminidad propuesto culturalmente e introyectado. Se trata más bien de discrepancias con el rol asignado que de trastornos de la identidad sexual. El autoconcepto y la autoestima podrían verse dañados por tal

situación. El origen de este malestar debe estar cotejado con el entorno cultural, caracterizado, hoy por hoy, por su sexismo.

2. *Alteraciones y dificultades estructurales relacionadas con la configuración y gestión del deseo sexual.* En esta categoría se incluyen los trastornos y las dificultades en relación con la integración del deseo erótico en el conjunto de la estructura del yo. Consideramos que el deseo erótico es una emoción compleja que, a partir de sus bases neurofisiológicas, se configura en función de la integración de elementos cognitivos y afectivo-emocionales procedentes de los contenidos culturales y de la biografía del sujeto a través de las experiencias eróticas propias.

Algunas de las alteraciones de esta categoría se relacionarán con la propia configuración del deseo erótico y con la capacidad de regulación del mismo. Es decir, dada una configuración determinada, algunas personas muestran serias dificultades en la gestión del deseo erótico. Algunos individuos lo inhibirían firmemente hasta lograr borrarlo de la conciencia. Otros, una vez activado, mostrarían dificultades para encauzarlo, orientarlo y regularlo, transgrediendo los límites elementales de control, de tal modo que podrían desembocar en agresión sexual como modo de acceder a su satisfacción.

En consecuencia, el deseo sexual se puede alterar, bien por su intensidad, bien por su orientación. Respecto a la intensidad, el deseo se puede alterar por defecto o por exceso (hipo/hiperactivación). En relación con la orientación, el deseo sexual se puede alterar cuando este se orienta de forma atípica hacia objetos y modos que entrarán en la consideración de parafilias. El grado patológico de las parafilias se considerará en función del criterio de exclusividad (único modo de acceso al placer sexual) y del grado de compulsión (incapacidad de controlar el impulso). Las patologías no deben ser confundidas con peculiaridades de los contenidos del deseo erótico.

3. *Alteraciones y dificultades relacionales propias del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.* En esta categoría se incluyen las dificultades y alteraciones que se producen a lo largo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, utilizando como referencia el

modelo trifásico de la respuesta sexual. El deseo sexual, como motivación esencial, puede activar el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual, dando lugar a comportamientos sexuales explícitos, bien autoeróticos, bien compartidos. Una vez activada la respuesta sexual, esta puede ser alterada en cualquiera de sus fases: en el propio deseo sexual, considerado este como una fase de la respuesta sexual, en la fase de excitación o en la de orgasmo. Las alteraciones propias de cada fase dan lugar a lo que se consideran convencionalmente en la literatura científica las disfunciones sexuales.

4. *Trastornos y dificultades producidos como resultado de agresiones sexuales.* En esta categoría se incluyen aquellas dificultades o trastornos producidos a consecuencia del trauma generado por una agresión sexual. Dentro de las agresiones sexuales consideraremos el acoso sexual, las relaciones sexuales forzadas, con violencia física o sin ella, la violación en cualquiera de sus modalidades y el abuso sexual infantil, con violencia física o sin ella, intra o extrafamiliar. Los trastornos sexuales ocasionados por las agresiones sexuales se manifiestan en forma de inhibición generalizada, evitación fóbica, estrés postraumático, alteraciones de la respuesta sexual, alteraciones en la configuración y gestión del deseo sexual, además de otras alteraciones más allá de la órbita estrictamente sexual. Como tales, estos trastornos podrían ser integrados en categorías anteriores, pero ya que su origen supone un atentado a la biografía, y dadas las características comunes a todas las agresiones sexuales, pueden ser considerados como una categoría propia.
5. *Trastornos y dificultades producidos por los privados y oprimidos respecto al ejercicio de su sexualidad.* En esta categoría se incluyen las alteraciones derivadas de la privación del libre ejercicio de la actividad sexual a causa de situaciones especiales, como ocurre en personas que sufren algún tipo de incapacidad, sea física o sensorial, o bien psíquica. También puede ocurrir en las personas privadas de libertad, aunque la evolución de las leyes y la modernización de los tratamientos de reinserción en la sociedad de las personas que cumplen penas de cárcel respetan el derecho a las relaciones sexuales, minimizando la génesis

de trastornos por esta causa. Algunos ejemplos en este sentido tienen que ver con personas con discapacidad psíquica, cuya sexualidad está limitada a lo que las personas de las que dependen se pueden permitir. También entre las personas con discapacidades físicas y sensoriales cuyas necesidades eróticas suelen ser soslayadas de modo iatrogénico.

*Clasificación de las dificultades sexuales*¹⁶

Categorías	Modalidades
<i>1. Alteraciones relacionadas con la identidad sexual</i> En esta categoría se incluyen las dificultades psicológicas de integración social relacionadas con la disconformidad o discrepancia con el género asignado que producen malestar y sufrimiento psicológico.	– <i>Malestar provocado por dificultades de integración de la identidad sexual y de género.</i>
<i>2. Alteraciones relacionadas con la configuración y gestión del deseo sexual</i> En esta categoría se incluyen las dificultades en relación con la integración del deseo erótico en el conjunto de la estructura del yo y con la adecuada gestión del mismo. El deseo sexual se puede alterar por su intensidad o por su orientación. Se debe valorar el grado en que tanto la intensidad como la orientación generan ausencia de capacidad de regulación del deseo erótico hasta el punto de alterar e interferir seriamente la vida cotidiana por pérdida de control del mismo.	– <i>Por su intensidad:</i> • Deseo sexual hipoactivo (hipoactividad, inhibición). • Deseo sexual hiperactivo (sexo compulsivo, adicción al sexo). – <i>Por su orientación:</i> • Orientaciones atípicas del deseo sexual (parafilias). • Hacia objetos no humanos. • Hacia situaciones de sufrimiento o humillación propios o de la pareja. • Hacia niños/as o personas que no consienten.
<i>3. Alteraciones relacionadas con el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual</i> En esta categoría se incluyen las dificultades y los trastornos que se producen a lo largo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, utilizando el modelo trifásico de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo.	– <i>Dificultades en la fase de deseo sexual:</i> • Deseo sexual inhibido. • Deseo sexual hiperactivo. – <i>Dificultades en la fase de excitación sexual:</i> • Inhibición de la fase de excitación en las mujeres (dificultades de lubricación vaginal). • Inhibición de la fase de excitación en los hombres (dificultades de erección).

- *Dificultades en la fase de orgasmo:*
 - Orgasmo prematuro.
 - Orgasmo retardado.
 - Ausencia de orgasmo.
- *Otros trastornos asociados al ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.*
 - Dispareunia.
 - Vaginismo.
 - Dificultades de satisfacción sexual.
 - Dificultades sexuales por déficits en la relación de pareja.
 - Dificultades sexuales por déficits de información o creencias irracionales.
 - Dificultades sexuales debidas a trastornos psicológicos y psiquiátricos u orgánicos.

4. Alteraciones producidas como resultado de agresiones sexuales

En esta categoría se incluyen aquellas dificultades o trastornos producidos a consecuencia del trauma generado por una agresión sexual.

Las agresiones sexuales pueden generar estrés postraumático, pero su tratamiento va más allá de él.

- *Trastornos derivados de agresión sexual:*
 - Trastornos producidos por relaciones sexuales forzadas con o sin violencia física.
 - Trastornos relacionados con la violación sexual en todas sus modalidades.
 - Trastornos derivados del acoso sexual.
 - Trastornos derivados del abuso sexual infantil.

5. Alteraciones producidas por los privados y oprimidos respecto al ejercicio de su sexualidad

En esta categoría se incluyen los trastornos derivados de la privación, en contra de su voluntad, del derecho al libre ejercicio de la sexualidad que se ejerce a colectivos cuya autonomía puede estar limitada. Se incluyen en estos colectivos las personas con discapacidades psíquicas o físicas, o personas privadas de libertad, etc.

- *Trastornos derivados de la privación en contra de la propia voluntad del libre ejercicio de la experiencia sexual.*
 - Autoerotismo compulsivo.
 - Ansiedad generalizada.
 - Hiperactivación del deseo erótico.

Tabla 1. Clasificación de las dificultades sexuales.

Además de la taxonomía propiamente dicha, cuyo objeto es ordenar todas las modalidades de dificultades y trastornos relacionados con la sexualidad, podemos acercarnos a su comprensión desde un punto de vista funcional. El

Sistema clasificatorio tipológico-funcional de las dificultades sexuales propuesto por Carrobles (1990) incluye la siguiente aproximación, que resulta de gran interés en relación con la aproximación a las dificultades psicológicas en general y sexuales en particular. Desde el punto de vista funcional deben ser consideradas cuatro dimensiones básicas: temporal, situacional, etiológica y severidad.

Aproximación funcional a las dificultades sexuales

Dimensión	Definición	Modalidad
Temporal	Se refiere al momento histórico-biográfico en el que aparece la disfunción.	<i>Primario</i>: está presente desde el inicio de la biografía, o no hay un recuerdo explícito de su inicio. <i>Secundario</i>: la disfunción aparece a partir del momento concreto de la biografía inequívocamente reconocible.
Situacional	Se refiere a la situación en la que aparece la disfunción.	<i>Situacional</i>: solo aparece en una situación determinada. <i>Generalizado</i>: aparece en todas las situaciones posibles de modo generalizado.
Etiológica	Se refiere al origen causal de la disfunción.	<i>Orgánica</i>: cuando la causa del trastorno tiene su origen en un funcionamiento disfuncional del organismo (sistemas circulatorio, neuroendocrino u otros). <i>Psicógena</i>: cuando la causa radica de un modo inequívoco en la psicología del sujeto. <i>Combinada</i>: cuando se observan factores psicológicos asociados a alguna enfermedad médica o al consumo de alguna sustancia. <i>No específica</i>: el clínico no puede determinar el papel etiológico de los factores psicológicos, de alguna enfermedad médica o del consumo de sustancias.
Grado de severidad	Se refiere al grado de severidad o gravedad de la disfunción.	<i>Gravedad-levedad</i>: en este caso, más que de modalidades se trata de un continuo, gravedad-levedad, a valorar.

Tabla 2. Aproximación funcional a las dificultades sexuales.

3.2. Dinámica del deseo erótico y sus alteraciones desde la perspectiva del apego

Antes de abordar las dificultades propias del deseo sexual, conviene revisar en qué consiste su dinámica para una mejor comprensión.

Desde un punto de vista biologicista, el deseo sexual suele ser considerado como el efecto directo de la testosterona, en conjunción con neurotransmisores específicos que alimentan el impulso dirigido a la búsqueda de placer sexual. Este impulso activa la respuesta sexual humana al servicio de una función específica. Los etólogos afirman que el deseo sexual se explica por la función que ha ejercido en la evolución de las especies. Las programaciones genéticas recibidas que regulan la dimensión erótica en los seres humanos tienen sentido y se justifican por la función supervivencial que han ejercido a lo largo de la evolución de las especies.

Sin embargo, la moderna psicología entiende que el deseo sexual es una emoción y que debe ser tratado como tal. Todo el conocimiento adquirido en las últimas décadas acerca de las emociones, su configuración, su regulación, es plenamente aplicable al deseo erótico, que trasciende significativamente la mera función reproductiva (Gómez-Zapiain, 2009, 2013, 2014).

En efecto, de acuerdo con la etología, las bases neurofisiológicas que activan el deseo sexual se explican por mecanismos básicos que regulan la reproducción. Recordemos que la evolución de las especies dependió del éxito reproductivo. Sin embargo, el ser humano desarrolló a través del proceso de telencefalización el desarrollo del neocórtex y con él las áreas llamadas nobles: el pensamiento, el lenguaje, la memoria y la inteligencia. Ello permite trascender el mero impulso reproductivo y conferirle a la activación sexual otro tipo de significados, poniéndolo al servicio de otras necesidades humanas. Esta idea se halla en el núcleo de la teoría psicoanalítica de las pulsiones. Freud diferenció el término *Instinkt* de *Trieb*. El primero alude a los instintos como pautas automáticas de comportamiento; el segundo, al concepto de pulsión como un impulso, una motivación flexible y dinámica cuyos destinos no están prefijados. Esto indica que las especies por debajo de los primates responden sexualmente de modo instintivo automatizado, donde estos comportamientos dependen sobre todo de

estímulos hormonales y sensoriales, mientras que a partir de los primates los comportamientos sexuales superan la mera función reproductiva, interviniendo en pautas comportamentales relacionadas con la socialización del grupo o la protección de individuos en función de jerarquías grupales establecidas.

Para comprender la dinámica propia del deseo sexual, y por tanto el origen de las dificultades que presenta, es necesario entenderlo como un sistema, tal y como se ha explicado en el punto 1.6, en el que se citaba a Bowlby o Beichmar. En términos humanos, es preciso comprender el deseo erótico como expresión del «sistema sexual». Este tiene su propio origen, está al servicio de objetivos propios, está formado por una serie de elementos que se organizan para el logro de unos fines, y es, en definitiva, un conjunto de respuestas o repertorio de conductas cuyo objetivo es satisfacer unas necesidades específicas. Así, el deseo erótico se configura como integrante de la estructura del yo. Se percibe como una emoción, es decir, como una activación del organismo a la que corresponde una valoración cognitiva del contexto (*appraisal*) y una tendencia de acción que puede ser regulada (Singer y Toates, 1987). El deseo sexual interactúa con otros sistemas, de modo que en ocasiones se pone al servicio de otras necesidades, como la afirmación del yo y/o las necesidades de apego, proximidad, calidad y seguridad.

En este punto es necesario abrir el foco y preguntarnos cuáles son tales necesidades. ¿Podemos reducir el concepto de «necesidad sexual» a mera descarga fisiológica y considerar que este mecanismo es lo que marca la funcionalidad a partir de la cual se definen las disfunciones? ¿Podemos confundir el deseo sexual con necesidades afectivas bajo el manto del «amor pasional» o el «amor romántico», procediendo estas de otro «sistema» que interactúa con el sexual? ¿Cuáles son, con precisión, las necesidades a las que atiende el sistema sexual? ¿Cómo se reconocen las necesidades eróticas en la sociedad contemporánea y cuáles los principios éticos que las regulan?¹⁷.

Estas cuestiones deben ser claramente dilucidadas para una aproximación coherente a la comprensión de las dificultades con el deseo sexual. Una valoración adecuada de las dificultades permite establecer la elección del nivel de intervención y de las estrategias adecuadas.

Desde una perspectiva sistémica y relacional, y atendiendo a la configuración del deseo erótico, este posee dos vertientes bien definidas. Por una parte, la vertiente egocéntrica centrada en la propia satisfacción. Esta vertiente está ligada al imaginario erótico, a las fantasías sexuales, a lo más profundo de los contenidos que configuran el deseo sexual. Recordemos que en este lugar se encuentra lo racional e irracional, los contenidos que forman parte del ámbito de lo personal e intransferible, del secreto. El reconocimiento y la aceptación de las peculiaridades personales del deseo sexual hacen posible la integración del deseo erótico en el conjunto de la estructura del yo, lo cual permite utilizar lo que Félix López (2015) denomina «razón lúcida» al servicio de su regulación. Desde el punto de vista relacional, el cuerpo del otro es contemplado como objeto de satisfacción personal.

Por su parte, la dimensión alocéntrica hace referencia a la satisfacción erótica del otro/a como objetivo personal. Se trata de tomar conciencia y poner el propio cuerpo como objeto erótico y al servicio de la satisfacción del otro/a. Esta dimensión permite poder interpretar las necesidades eróticas, las peculiaridades, la vertiente egocéntrica de la otra persona.

La interacción erótica requiere de un equilibrio entre las dos vertientes, cuyo desajuste es el origen de malestares e insatisfacción cuando este no fluye de modo natural.

Para el desarrollo en plenitud de la vertiente egocéntrica, se requiere de un yo bien diferenciado y seguro, donde el otro, la pareja, funciona como base de seguridad que permite la exploración en el propio psiquismo.

Para el desarrollo de la vertiente alocéntrica se requiere de la capacidad de respuesta sensible, que permite comprender el estado emocional del otro en la interacción erótica.

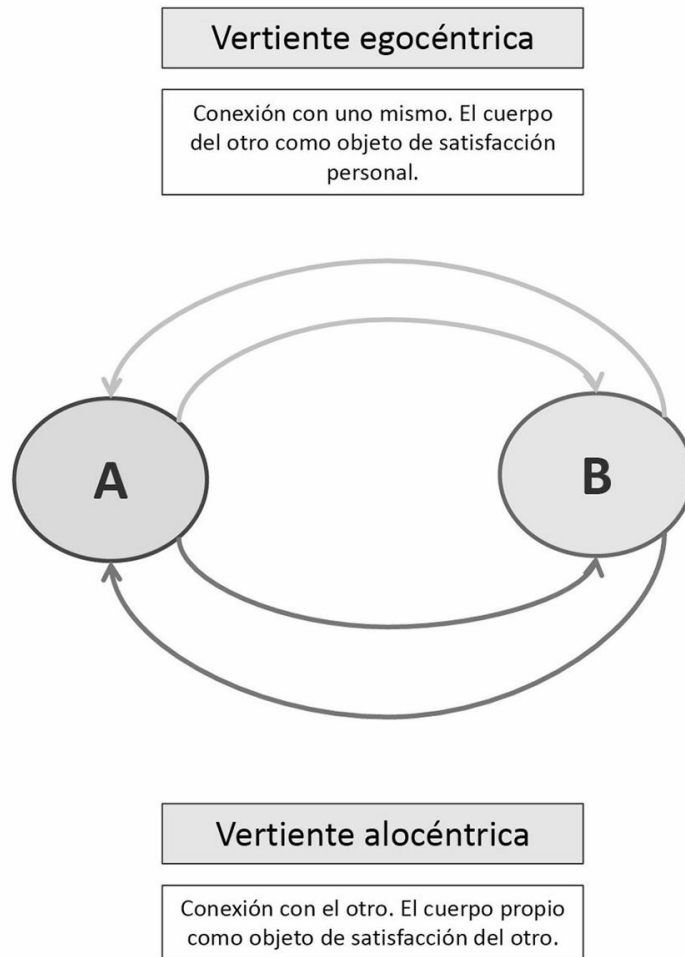


Gráfico 8. La experiencia erótica como sistema interactivo.

Las aportaciones de Helen Singer Kaplan (1974, 1979) acerca de la comprensión de las dificultades sexuales resultan de gran interés, en particular la interpretación que desarrolló sobre el deseo sexual inhibido situacional y el miedo a la intimidad como una de las posibles causas de la inhibición. Singer Kaplan aporta una interpretación de corte psicodinámico a la luz de las nuevas aportaciones basadas en la teoría del apego. Podemos retomar sus criterios y plantear, en cierto modo, una reinterpretación o, cuando menos, una relectura.

Kaplan indica que el origen del impulso sexual se sitúa en el sistema dimórfico de reproducción que motiva a los individuos a la actividad sexual, cubriendo así la función biológica de conservación de la especie. La evolución ha ido configurando los mecanismos que regulan los

comportamientos necesarios para tal objetivo, de manera que el sistema sexual del cerebro consiste en una red específica de centros y circuitos neuronales (LeVay, 1993). Esta organización es similar a la de otros impulsos que están equilibrados por mecanismos de inhibición y activación. Anatómicamente, las zonas de control del impulso sexual se localizan en el hipotálamo y el sistema límbico que, a su vez, forman parte del paleoencéfalo o cerebro antiguo. Por tanto, los elementos básicos del deseo sexual se hallan en la zona del cerebro que rige los aspectos más supervivenciales, como los impulsos que regulan el hambre o la sed, o los elementos fisiológicos que activan las emociones.

Existe una organización jerárquica entre el principio de conservación individual que se corresponde con el estrés necesario para acometer las acciones de la vida cotidiana, como la activación requerida para un trabajo, la resolución de cuestiones habituales, la atención a una clase, etc., y el principio de conservación de la especie, que en la humana se relaciona con la activación del deseo sexual, como ya se ha indicado. Según la autora y otros investigadores procedentes de la sociobiología, el principio de conservación individual siempre es prioritario respecto al de la especie. Por ello, el deseo erótico se inhibe adaptativamente en situaciones no adecuadas, y se desinhibe en situaciones percibidas como tranquilas, relajadas y seguras. Esta valoración de la dinámica del deseo sexual puede ser extensible a la respuesta sexual en su conjunto.

En esta última afirmación encontramos un evidente punto en común con la teoría del apego. Decimos que la seguridad sentida es un estado de ánimo, un estado emocional que surge como resultado de la relajación, en términos de activación del sistema parasimpático, inherente al vínculo afectivo establecido con las personas significativas (figuras de apego). Esta relajación, obviamente, no es posible en un estado de inseguridad que activa un estado de vigilancia ante amenazas percibidas (estrés) que activa el sistema simpático, el cual es responsable de la tensión necesaria para la defensa. Por consiguiente, la activación de deseo erótico solo brotará ante la percepción de seguridad en el ámbito de la experiencia erótica. Vemos aquí de nuevo cómo el sistema sexual y el sistema de apego interactúan entre sí y se influyen mutuamente.

Como ya se ha indicado, la evolución de la propia sexualidad ha generado amplias conexiones entre las distintas partes del cerebro; así, el impulso sexual se relaciona con las áreas que controlan el dolor y el placer. Los impulsos tienden a la estimulación placentera y evitan la estimulación dolorosa; por ello, el impulso sexual se halla ligado a los centros del placer y del dolor por conexiones anatómicas y/o químicas, y son influidos por las emociones asociadas a la supervivencia individual (Kaplan, 1979).

Desde un punto de vista adaptativo, el cerebro da prioridad al dolor antes que al placer, puesto que la supervivencia individual tendría preferencia sobre la reproducción; por ello, el impulso sexual se inhibe fácilmente ante situaciones de peligro en cualquier especie. El fundamento de esta inhibición radica en la incompatibilidad existente entre los mecanismos que producen la activación necesaria para el ataque o la huida, relacionado con la supervivencia individual, con aquellos compatibles con la supervivencia de la especie a través de la motivación sexual.

Kaplan indica que, por consiguiente, «los centros sexuales que tienen valor adaptativo son también la base biológica para la inhibición neurótica del deseo» (Kaplan, 1979). Esta afirmación es de gran importancia para comprender que los mecanismos que inhiben el deseo de modo adaptativo ante un riesgo real y objetivo son los mismos que los que lo inhiben de forma desadaptativa, es decir, en una situación percibida subjetivamente como insegura o peligrosa.

Pongamos ejemplos. Si una persona está enferma, con dolor, es muy posible que no tenga ganas de mantener relaciones sexuales. Los centros hipotalámicos que regulan la activación del deseo sexual se inhiben en este caso adaptativamente, dando prioridad a la activación de otros mecanismos necesarios para su supervivencia. Otra persona podría estar sintiendo mucho deseo erótico por alguien con quien está compartiendo una noche de fiesta en un grupo de amigos. Cuando este último le propone tener relaciones, aquella pierde las ganas súbitamente.

En el primer caso, la inseguridad es objetiva, proviene del malestar debido a la enfermedad; en el segundo se trata de una percepción subjetiva de peligro, no de un peligro real. La percepción subjetiva de peligro podría explicarse por el miedo a ser rechazado si entra en el espacio de intimidad

erótica que la situación le propone. Ahora bien, observemos que en ambos casos los mecanismos neurofisiológicos de inhibición del deseo sexual son exactamente los mismos.

En el segundo caso se podría interpretar que el sistema sexual, cuyo fin es la satisfacción del deseo erótico, está siendo interceptado por el sistema de apego, cuyo fin es la seguridad individual basada en los vínculos afectivos.

¿Cómo podríamos explicar la interacción entre el sistema sexual y el sistema de apego? Una posible respuesta procedería del campo de las neurociencias en el siguiente sentido: el sistema sexual básico, localizado en el paleoencéfalo (sistema límbico), tiene amplias conexiones con el neocórtex y, por tanto, con zonas donde se analizan experiencias complejas, también con la memoria y los sistemas de recuperación. Por ello, el impulso sexual es sensible al pasado, a la biografía, a las expectativas, a los contextos y, por tanto, a la subjetividad. El deseo sexual, como indica Kaplan (1979), está integrado en la experiencia vital del individuo y está afectado por ella.

En este punto, las aportaciones de la teoría del apego son pertinentes, pues enriquecen el conocimiento en lo relativo a la importancia de la historia socioafectiva en la génesis de la biografía, en la que los modelos internos desempeñan un papel muy relevante. En este sentido, la inseguridad básica puede ser explicada como la resultante de estos modelos internos, forjados a través de la integración en la memoria de representaciones mentales significativas a lo largo del ciclo vital, cuya resultante se inclina hacia la seguridad básica o, por el contrario, hacia la inseguridad.

El sistema sexual y el sistema de apego (el sexo y el amor en términos coloquiales) son, en principio, independientes, aunque pueden interactuar entre sí, potenciando de manera extraordinaria la experiencia erótica o perjudicándola gravemente. Esta dinámica del deseo erótico es esencial para comprender tanto los elementos que permiten desarrollar el potencial erótico —al que se refiere Schnarch— como la etiología de muchas de las dificultades sexuales propias del deseo sexual¹⁸.

Este efecto se observa de un modo evidente en la modalidad situacional de la inhibición del deseo. Cuando la situación deseable se halla en un contexto percibido como psicológicamente peligroso y plantea un conflicto, el deseo sexual se inhibe en esa situación, pero se desinhibe en otra percibida como

segura.

Las situaciones percibidas como peligrosas o inseguras pueden inhibir el deseo sexual. Como decíamos, esta inhibición es adaptativa cuando responde a un peligro real o se da en situaciones en las que la aparición del deseo sexual es incompatible con otras actividades, o inadaptada si responde a una percepción de riesgo irreal o subjetivo. Es decir, cuando el objeto erótico deseable está incluido en un contexto que se percibe subjetivamente como peligroso, el deseo sexual tiende a inhibirse. Según Kaplan (1979), lo que ocurre es que el sistema sexual¹⁹ se desactiva, por ello no responde a los inductores que suscitan el erotismo y, en consecuencia, no se produce la activación de las bases neuropsicológicas subyacentes al estado emocional del deseo erótico.

Por diversas razones, que indicaremos más adelante, la aparición del deseo sexual puede entrar en conflicto con otras instancias, bien estructurales, bien relacionales —dependiendo del contexto—. La desactivación del sistema neurofisiológico sexual se produce, en opinión de Kaplan, como una defensa ante la angustia, siendo la inhibición absoluta del deseo su máxima gravedad. La autora lleva a cabo una interpretación psicodinámica del origen de la angustia, relacionándola con cuestiones edípicas no superadas y que se expresarían como miedo a la intimidad o miedo al éxito.

Desde la perspectiva de la teoría del apego, la percepción de peligro o inseguridad se explica desde el miedo o la angustia (no conscientes) al abandono o a la pérdida. A su vez, esta inseguridad básica procede de los modelos internos acuñados a lo largo de la vida socioafectiva, de manera que los perfiles de apego marcarían la vulnerabilidad individual en este sentido. En el gráfico 9 se observa cómo la percepción de inseguridad que procede de la evaluación psicológica del contexto desactiva el sistema sexual desde el punto de vista neurofisiológico. Una persona que estaba inmersa en esta situación me dijo: «No sé qué me pasa, justo en este momento en el que lo tengo todo, un lugar apacible, seguro y tranquilo, una persona que me desea, una situación esperada por mí..., y sin embargo, no tengo ganas, no me apetece...».

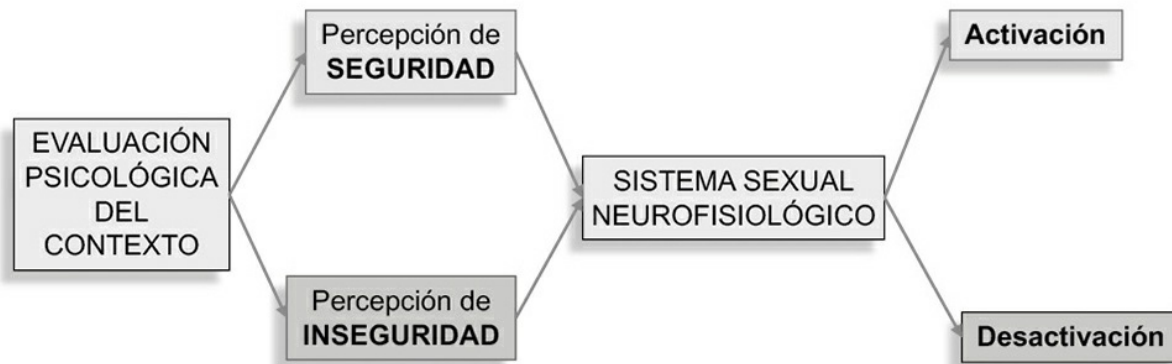


Gráfico 9. Sistema de activación-desactivación del deseo erótico (Gómez-Zapiain, 2013).

Juan era un chico de veintidós años, con un bajo autoconcepto y muy baja autoestima, que mantenía una sensación de desmerecimiento general ante la vida (las personas intensamente ansioso-ambivalentes tienden a pensar que no se merecen ser queridas, atendidas, cuidadas); pensaba que él, realmente, no era digno de ser querido, a pesar de estar enamorado de una chica a la que hipervaloraba. Él pensaba que su chica era más lista, más inteligente, más segura, que tenía claras las cosas fundamentales de la vida y que, por tanto, tenía claro el tipo de hombre que deseaba. Juan pensaba que él no daba la talla. De una manera no consciente percibía el espacio de intimidad, entendido como un espacio de gran proximidad psicológica y de máxima exigencia relacional, como sumamente arriesgado, un terreno amenazante y resbaladizo. En este contexto perdía «las ganas». Para ilustrar esta situación, utilizaremos como analogía la instalación eléctrica de nuestras casas. Como sabemos, esta dispone de un sistema de seguridad (interruptor diferencial) que consiste en desconectar la energía eléctrica como respuesta a un cortocircuito o un aumento fortuito del potencial eléctrico. En términos coloquiales se suele decir: «ha saltado el automático». Ello supone un cierto perjuicio inicial; podríamos haber perdido, por ejemplo, una parte de nuestro trabajo en el ordenador. Sin embargo, este sistema nos ha protegido de males mayores. Esto es exactamente lo que le pasaba a Juan. La «desconexión» de su sistema sexual suponía un interesante mecanismo de defensa. En el plano consciente le producía un cierto perjuicio: «no sé lo que me pasa, pierdo las ganas» (objeto de su demanda). En el plano inconsciente la pérdida del deseo

le estaba protegiendo de una angustia mucho mayor: el abandono, la pérdida, la desestructuración, en definitiva. Paradójicamente, la inhibición del deseo en esa situación debe ser entendida como una defensa contra la angustia, tal y como afirmaba Kaplan (1979).

Esta interpretación de la inhibición del deseo sexual se observa con mayor claridad en la variante situacional del mismo. La *situacionalidad* indica el contexto que se percibe como psicológicamente inseguro, y es en él donde se produce la desactivación. El deseo surgirá en otros contextos que se detecten como seguros, es decir, podría desinhibirse en una relación sexual desplazada, hacia relaciones sexuales esporádicas, hacia relaciones sexuales comerciales y/o prostitución o a través de parafilias (gráfico 10). Es muy probable que esta dinámica de desplazamiento explique muchas de las agresiones sexuales que aparecen constantemente en la prensa.

Una persona podría inhibir su deseo sexual, paradójicamente, ante otras que responden al prototipo erótico derivado de su propia configuración interna. Sin embargo, cuando uno/a percibe la situación de interacción con el otro/a como insegura debido a una autopercepción de desmerecimiento, o a la hipervaloración de la competencia del otro/a, semejante situación podría resolverse cuando el deseo se activa en situaciones percibidas como seguras, por ejemplo, ante personas más «asequibles» psicológicamente, respecto a variables tales como el nivel sociocultural, variables de personalidad, etc. Se podría así interpretar la situación en la que algunas personas no responden eróticamente hacia sus iguales y acaban relacionándose con personas percibidas como asequibles. No diremos en ningún caso que esta forma de manejar el deseo sea disfuncional; sin duda se trata de un modo adaptativo de gestionarlo. Un ejemplo más conflictivo se encuentra en aquellas personas que desactivan el deseo erótico hacia los/as iguales, lo que significa que no sienten deseo erótico, no se sienten motivados hacia ellos, utilizan la prostitución o el sexo comercial como recurso habitual. En este caso, el anonimato o la desvinculación de la actividad sexual de cualquier manifestación de vinculación afectiva podrían generar una situación de «seguridad sentida secundaria», producto de las defensas ante la inseguridad básica.

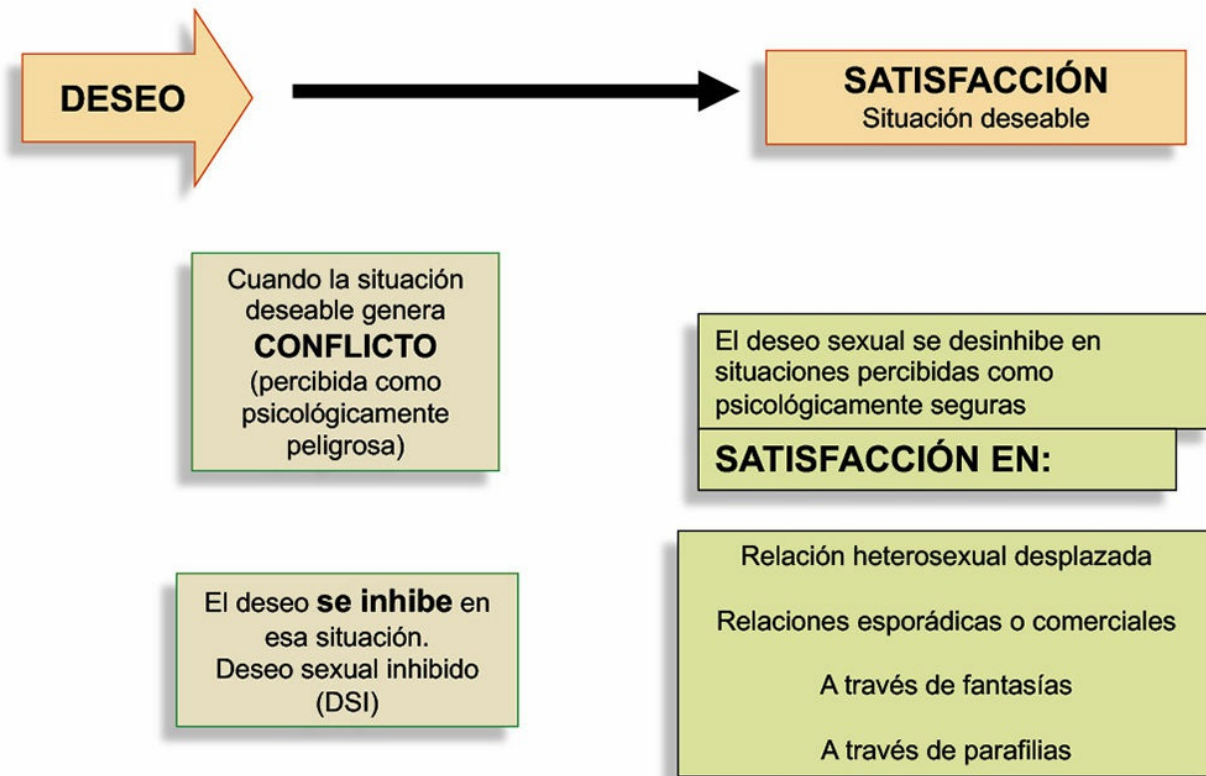


Gráfico 10. Esquema del deseo sexual inhibido situacional (Gómez-Zapiain, 2013).

Desde esta perspectiva, Kaplan consideraba que las parafilias podrían interpretarse como la resultante del deseo sexual inhibido situacional: el contexto adecuado es percibido como psicológicamente inseguro, luego el deseo se inhibe de forma definitiva. Existen otros contextos percibidos como «seguros» en los que el deseo surge. Por ejemplo, un paidófilo primario percibiría la relación sexual con sus iguales naturales como una situación insegura, probablemente por conflictos personales que el especialista debe valorar. El deseo, en tanto que activación fisiológica, surge en la situación paidófila, en la que la asimetría de poder marca la sensación de seguridad. Parece ser que el sustrato neurofisiológico se activa en situaciones percibidas como seguras, y quedaría por ver cuál es el mecanismo a través del cual se efectúa la atribución cognitiva que configura el contenido de la desviación, en este caso, los niños. Las historias de los paidófilos nos ofrecen pistas importantísimas para comprender el origen de este tipo de fijaciones.

Tal planteamiento resulta de interés desde un punto de vista

psicoterapéutico; la perspectiva de Kaplan centra su atención en el conflicto que subyace a la percepción de una situación determinada como «psicológicamente peligrosa», mientras que otros autores, y otras propuestas psicoterapéuticas, han puesto el énfasis en el «objeto desviante».

La parafilia puede producirse como resultado de la inhibición del deseo en situaciones normativas, como por ejemplo en relaciones ante iguales, tanto homo como heterosexuales, de tal modo que el deseo surge, o se activa, en la situación parafílica, permitiendo el acceso al placer y soslayando el conflicto fundamental que impide la activación del deseo en situaciones adecuadas. Asimismo, las fantasías sobre objetos o situaciones sexuales variantes sirven para eludir la angustia movilizadora por conflictos sexuales similares. Curiosamente podemos considerar que la parafilia encajaría dentro de las dificultades estructurales del deseo erótico, lo cual ocurriría si la configuración parafílica del deseo erótico precediera a la experiencia compartida; sin embargo, tal y como aparece en el ejemplo anteriormente propuesto, determinados comportamientos parafílicos pueden ser el resultado de un conflicto relacional que hace imposible una canalización adecuada del deseo erótico. La determinación por parte del profesional del origen, bien estructural, bien relacional, es determinante en relación con el enfoque terapéutico elegido.

En opinión de Kaplan, las parafilias e intereses sexuales especiales en general, plasmados en comportamientos explícitos o en fantasías, desempeñan un papel en cierto modo constructivo, pues permiten acceder al placer sexual que de otra forma estaría bloqueado. A su juicio, desde el punto de vista del tratamiento, el foco terapéutico debe centrarse en el conflicto que genera la inseguridad del contexto. La perspectiva de la teoría del apego se ajusta especialmente al origen relacional de parafilia y considera que la percepción de inseguridad que envuelve el objeto eróticamente deseado se explica a partir de los modelos internos, forjados a través de la historia socioafectiva, que actúan como filtros de la realidad.

Kaplan considera que entre las causas remotas²⁰ que explicarían la percepción de la situación como «psicológicamente peligrosa» se hallan el miedo al éxito y el miedo a la intimidad²¹. Diversos autores, entre ellos LoPiccolo y Friedman (1989), han reconocido igualmente que el miedo a la

intimidad puede considerarse como una causa que pueda explicar las alteraciones del deseo. Kaplan realiza una interpretación psicodinámica para explicar el origen del miedo al éxito y a la intimidad, y alude a conflictos derivados de la situación edípica. En este sentido, la inhibición del deseo sería una defensa contra la angustia que produce la confrontación simbólica con el progenitor.

La interpretación de este mismo fenómeno desde la teoría del apego se basa en que la angustia no provendría del temor a la destrucción por parte del progenitor, angustia de castración o envidia del pene, en términos simbólicos, naturalmente, sino de la angustia ante el abandono, la pérdida afectiva o la soledad; en definitiva, en términos supervivenciales: «Si mis figuras significativas no me atienden, contienen ni comprenden, desaparezco, muero, perezco». La inseguridad básica a la que se refería Erickson (1968) o la inseguridad en el apego como resultado de la configuración de los modelos operativos internos, a los que se refirió Bowlby (1969), serían la base de la percepción de inseguridad en el espacio en el que se sitúa el objeto eróticamente deseable. Ello es especialmente importante en la intimidad. No pretendo mantener que esta sea la única causa que explique este tipo de dificultades. Posteriormente defenderé la naturaleza multicausal de las dificultades sexuales. No obstante, la hipótesis de la inseguridad básica en términos de configuración de los modelos internos como base para la percepción subjetiva del miedo a la intimidad abre nuevas vías de exploración y de intervención en el ámbito de la psicoterapia.

Kaplan, refiriéndose a la relación entre intimidad y experiencia sexual, hace el siguiente comentario:

El miedo a la intimidad está sumamente difundido en nuestra sociedad, y puede producir problemas que van más allá de las disfunciones sexuales. Tendemos a ser espectadores más que a participar, a mirar la televisión, jugar a las cartas y a otros juegos, más que a sumergirnos en una conversación íntima. Parece, a veces, que la gente le tiene más miedo a la intimidad que al contacto sexual: les resulta más fácil masturbarse que hacer el amor, comprar contactos sexuales impersonales que compartir el amor con un amante, borrar a su pareja en el éxtasis de una droga que vivenciar plenamente el contacto con ella (Kaplan, 1979).

En función de la perspectiva desarrollada acerca de la dinámica del deseo erótico, podemos deducir las alteraciones que explican las dificultades sexuales relacionadas con ella.

El deseo sexual se configura en función del conjunto de la estructura del yo y se expresa en las relaciones interpersonales de proximidad. Por ello, las alteraciones del deseo deben ser analizadas, por un lado, desde el punto de vista estructural y, por otro, desde la perspectiva relacional (ver gráfico 11).

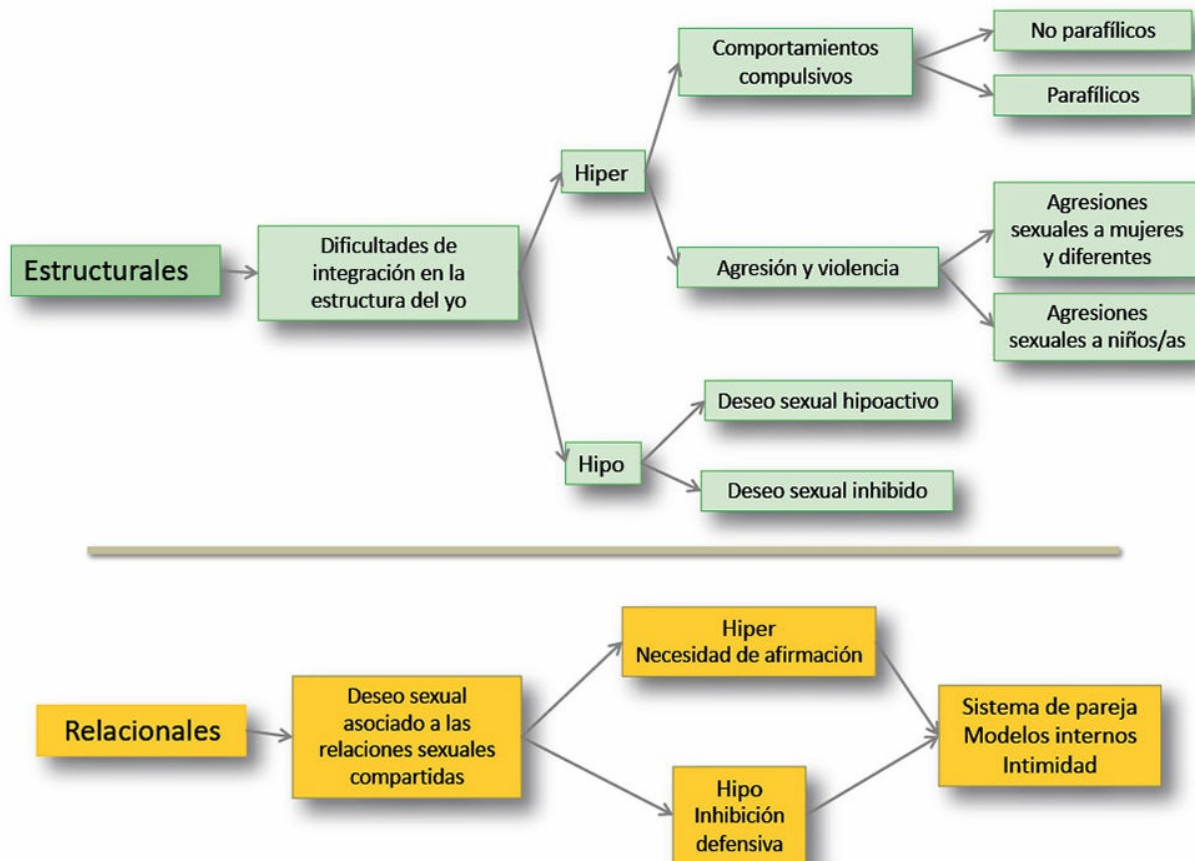


Gráfico 11. Alteraciones del deseo erótico.

Alteraciones estructurales del deseo erótico

El deseo sexual no puede ser reducido a un mero impulso instintivo, sino que se configura como una emoción compleja y como tal se incardina en el conjunto de la identidad (Gómez-Zapiain, 2013). Forma parte de la estructura del yo y se constituye en una de las motivaciones más importantes del psiquismo. Tal y como mantiene Levine (1988), el deseo sexual parte de su sustrato neuroendocrinofisiológico (*drive*), se sustenta en sus propias representaciones mentales mediatizadas por el contexto cultural (*wish*) y tiene

un anclaje evidente en la estructura del yo (*motive*) desde el que es regulado. Por ello, entre las alteraciones del deseo erótico se deben diferenciar aquellas cuyo origen es claramente estructural del ámbito relacional.

Las alteraciones de origen estructural se centran en las dificultades de integración del sistema sexual en el conjunto de la estructura del yo. Estas dificultades pueden expresarse por alteraciones del deseo erótico por exceso (hiperactivación) o por defecto (hipoactivación). Tales alteraciones pueden surgir como consecuencia de la interacción del sistema sexual con otros sistemas, especialmente con el sistema de apego.

La hiperactivación del deseo sexual puede dar lugar a comportamientos sexuales compulsivos que a su vez pueden ser, o no, parafilicos. Los comportamientos sexuales compulsivos no parafilicos hacen referencia a comportamientos habituales, como relaciones compartidas de tipo hetero u homosexual, o comportamientos autoeróticos asociados a determinadas fantasías que forman parte de la riqueza de la expresión erótica, pero que se puede alterar si, alcanzando el grado de compulsividad, se escapa del control de la persona, perturbando o interfiriendo el normal desarrollo vital.

El concepto de «adicción al sexo», que entraría en este apartado dedicado a la hiperactivación del deseo sexual, es un concepto discutido. Algunos autores lo han defendido (Carnes, 1983), mientras otros consideran que no se ajusta al concepto clínico de «adicción» y prefieren mantener el término «comportamientos sexuales compulsivos» (Coleman, 2001). Como una referencia relativa, diré que el concepto «adicción al sexo» como entidad clínica no ha sido incluida en la última revisión del DSM-V (APA, 2013).

Los comportamientos parafilicos son formas atípicas de satisfacción del deseo sexual. La cuestión en este punto es precisar si se reserva el término «parafilia» para comportamientos claramente anómalos que perjudican el equilibrio personal, que pueden atentar contra la libertad de otras personas y que escapan del control respondiendo a los criterios de compulsividad y exclusividad, o si se mantiene esta denominación otorgándole un sentido amplio, entendiendo que existen formas muy diversas de activación erótica que forman parte del imaginario erótico y que se refieren a algunos contenidos especiales relacionados con objetos, animales o situaciones diversas (LeVay, 1983). En este caso, habría que determinar dónde se sitúa el

límite entre las múltiples formas de expresión del deseo erótico y las alteraciones, trastornos e incluso patologías.

Sin embargo, es preciso ser muy sensible a la tendencia actual a criminalizar y/o patologizar cualquier tipo de interés erótico no convencional, inducido por los medios de comunicación bajo lo que ellos denotan como «alarma social». Este concepto es muy bien recogido por dirigentes políticos, quienes no suelen tener reparos en manipularlo con fines electoralistas. De este modo, el conocimiento científico tiende a ser soslayado. Los profesionales relacionados con la salud sexual y la psicología deben tener bien claros los criterios que permiten discriminar el grado de alteración o patología de determinados comportamientos de este tipo. La consideración del criterio de compulsión y de exclusividad es imprescindible en este punto, así como los efectos de este tipo de comportamientos en terceros.

El criterio de compulsión se refiere al hecho de la inevitabilidad a la hora de realizar una conducta sexual; el criterio de exclusividad se refiere al hecho de que el único modo de acceder a la satisfacción sexual es a través de un comportamiento parafilico concreto. Por ejemplo, alguien podría disfrutar y activarse eróticamente observando la actividad sexual de otras personas, directamente o a través de secuencias eróticas cinematográficas, pornografía, imágenes, e incluso mediante piezas literarias. No podríamos considerar alteración alguna en estos comportamientos, que en algunas taxonomías vendrían tipificadas como «voyerismo». Sin embargo, si una persona busca compulsivamente situaciones de observación de otros (criterio de compulsividad) y es el único medio de satisfacción sexual (criterio de exclusividad), entonces evidentemente esa persona tiene un problema.

Las agresiones sexuales deben ser consideradas como una alteración estructural del deseo sexual de carácter probablemente hiperactivo. No es común considerarlas de este modo. Por lo general, las agresiones sexuales se llevan al campo de la psicopatología (trastorno) o bien al campo de la justicia (delito). No negaremos una cosa ni la otra. Sin embargo, el planteamiento que aquí mantengo, desde la consideración de que el deseo sexual es una emoción que debe ser regulada, resulta muy pertinente. Además de lo dicho, habría que considerar la agresión sexual, en cualquier nivel, como un fracaso en la regulación del deseo sexual. Bien es cierto que este fracaso puede deberse a

causas de diversos orígenes, incluso psicopatológicos, y sin duda constituyen un delito porque suponen un atentado contra la libertad sexual de otras personas.

La consideración de las agresiones sexuales como una alteración estructural del deseo sexual abre el camino a plantear nuevas hipótesis etiológicas centradas en el origen de la configuración del deseo sexual y sus interconexiones con otras instancias de la personalidad. No olvidemos que la expresión del erotismo se desarrolla en un contexto cultural que sigue considerando la sexualidad como un «tema delicado», regulado por una inercia moral de origen judeocristiano y manipulada indiscriminadamente desde intereses comerciales. En cierto modo, las alteraciones del deseo sexual de tipo agresivo podrían ser consideradas como un indicador del grado de salud psicosexual de la sociedad globalizada. Sin duda, este análisis nos permitirá plantear hipótesis terapéuticas e intervenciones preventivas innovadoras.

La hipoactivación del deseo sexual se expresa bajo la forma de «deseo sexual hipoactivo» y «deseo sexual inhibido». La diferencia entre estas dos modalidades, según Kaplan, estriba en que se denomina deseo sexual «hipoactivo» cuando se desconoce el origen etiológico del mismo y «deseo sexual inhibido» cuando se atribuye el bajo deseo sexual a su origen psicógeno, es decir, existe alguna causa de origen psicológico que está inhibiendo la libre expresión del deseo sexual.

Alteraciones relacionales del deseo erótico

El deseo erótico es una experiencia emocional subjetiva, y por tanto, una experiencia individual e íntima que nos conecta con nuestro imaginario erótico y que genera una tendencia de acción, como el resto de las emociones. Esta tendencia nos impulsa al anhelo, a la aspiración, de obtener satisfacción erótica a través de relaciones sexuales interpersonales. La configuración y orientación del deseo erótico nos dirigirá hacia personas de igual o distinto sexo.

Por tanto, el deseo sexual se puede alterar precisamente como efecto de la relación interpersonal. Así, algunas alteraciones del deseo tienen un origen

relacional.

Generalmente, en este apartado incluimos alteraciones que aparecen en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, considerando el modelo trifásico propuesto por Helen Singer Kaplan (1979). Ella considera que cada una de las fases de la respuesta sexual son entidades neurofisiológicas independientes, es decir, se pueden alterar de forma individual. De este modo, podemos encontrar personas que, sin sentir deseo, se excitan con facilidad y llegan sin dificultad al orgasmo, mientras que otras con una intensidad elevada de deseo no consiguen excitarse, fisiológicamente hablando, o, aunque lo logren, no alcanzan el orgasmo.

En las clasificaciones habituales se considera que estas alteraciones de origen relacional pueden ser afectadas también por exceso o por defecto, dando lugar a una hiper o hipoactivación del deseo erótico en el ámbito relacional. En el caso de la inhibición del deseo, conviene considerar la variante situacional del mismo. La variante situacional nos permite comprobar y diferenciar los aspectos estructurales y relacionales del deseo sexual. Por ejemplo, alguien podría consultarnos en relación con el bajo o nulo deseo sexual hacia su pareja, lo que nos indicaría el origen relacional del problema. Sin embargo, esta misma persona podría mostrar una intensísima expresión del deseo erótico a través de su imaginario erótico, pudiendo desembocar esta alta activación en comportamientos explícitos, como la masturbación, o en experiencias sexuales compartidas (esporádicas o no) al margen de la relación principal. Esta última situación nos remitiría a aspectos estructurales de la organización del deseo erótico en relación con la capacidad de regulación del mismo. Es importante señalar que las alteraciones relacionales del deseo sexual se producen en el sistema de relación de pareja y se proyecta en la dinámica propia de este, mientras que las alteraciones estructurales se relacionan con necesidades de afirmación y coherencia del yo.

3.2.1. Variantes en las dificultades respecto al deseo sexual

Tras las consideraciones anteriores acerca de la dinámica del deseo erótico, podemos aproximarnos a la comprensión de las variantes de las dificultades

con el deseo sexual. Para ello, seguiremos los criterios ya expuestos.

Las alteraciones del deseo, tal y como se recoge en la tabla clasificatoria desarrollada en el punto 3.1, pueden tener un origen estructural o relacional.

Desde el punto de vista estructural, se puede considerar que las dificultades con el deseo erótico preexisten antes de la interacción con otra persona. Por tanto, no se nos escapa que las alteraciones de origen estructural pueden mediatizar la experiencia compartida del deseo erótico en el ámbito relacional. Recordemos lo expuesto en el punto 1.4 acerca de la importancia de la intersubjetividad en la relación de pareja.

A diferencia de otro tipo de clasificaciones, es de interés considerar la dinámica del deseo sexual en su conjunto para comprender el origen de las alteraciones y, así, ajustar las propuestas psicoterapéuticas. Hay personas cuyas dificultades con el deseo erótico tienen un origen claramente estructural, mientras que en otras, sin alteraciones estructurales aparentes, las dificultades surgen principalmente como efecto de la interacción misma. Clásicamente, esta última variante se sitúa como una disfunción sexual que afecta a la fase del deseo en el ámbito del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual humana, tal y como se entiende a partir del modelo trifásico de la respuesta sexual.

Como se ha descrito en la clasificación de las dificultades sexuales, las alteraciones pueden aparecer atendiendo a la frecuencia e intensidad y a la orientación.

La valoración de las posibles alteraciones del deseo sexual en relación con la intensidad debe realizarse con suma flexibilidad debido al poderoso influjo de la tradición judeocristiana en nuestro contexto cultural. Las preguntas clave son: ¿cuánto es mucho?, ¿cuánto es poco? La respuesta es inevitablemente subjetiva. Depende de la propia configuración personal, de la importancia y el valor que se otorgue al deseo erótico en la propia biografía; recordemos el concepto del potencial erótico propuesto por Schnarch y recogido en el punto 2.4 de este texto. «Poco» o «mucho» adquiere un valor referencial dentro del sistema de pareja. Lo que a uno le resulta poco a otro le puede parecer demasiado. Se trata en este caso de desajustes en el sistema de pareja.

Sin embargo, la percepción de la necesidad de deseo erótico es claramente

subjetiva y puede responder a motivaciones subjetivas no conscientes. Como se ha indicado en el punto anterior, la intensidad, que debe ser tenida en cuenta, está relacionada con los motivos para el sexo. Como ya se ha comentado en otro lugar, el deseo erótico se pone en ocasiones al servicio de otras necesidades. Por ejemplo, algunas personas podrían mostrar una alta intensidad del deseo, que se explicaría mejor por la necesidad de esa persona de llenar vacíos o carencias afectivo-emocionales que por la necesidad neta de satisfacción sexual. Del mismo modo, el incremento del deseo sexual, en algunas ocasiones, podría explicarse por la necesidad de autoafirmación o ejercicio del poder.

En cualquier caso, en función de la frecuencia e intensidad, el deseo puede ser a) hipoactivo o b) hiperactivo.

En función de la orientación, una organización alterada del deseo erótico se produce cuando la capacidad de regulación emocional del mismo fracasa, derivando el deseo erótico a objetos o situaciones inadecuadas. En este caso, poseen un carácter estructural. Una posible interpretación de algunas formas de parafilia responderían a este mecanismo. Por ejemplo, un hombre heterosexual podría inhibir su deseo erótico hacia las mujeres debido a serias dificultades relacionales causadas por su escasa autoestima, ausencia de competencias sociales o pánico a compartir su intimidad. De modo alternativo, podría experimentar una intensa activación del deseo erótico, canalizándolo hacia el uso de pornografía asociada a comportamientos autoeróticos que podrían llegar a ser compulsivos.

Desde el punto de vista relacional, las alteraciones en el deseo sexual pueden aparecer como un efecto del sistema de relación de pareja. En este caso, cabe considerar el deseo erótico como una fase del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Dicho de otro modo, cuando dos personas no presentan, en su psicología individual, alteración del deseo sexual apreciable, este podría perturbarse como efecto propio de la interacción en el sistema de pareja. Vemos que en este caso la alteración muestra un marcado carácter relacional, donde los modelos internos de las personas que interactúan desempeñan un papel relevante porque condicionan de un modo significativo la capacidad de estar de una manera confortable en el espacio de la intimidad²² (Gómez-Zapiain, 2009).

Un segundo nivel de análisis corresponde a cuatro dimensiones funcionales descritas por diversos autores e incluidas en el sistema integrado tipológico funcional propuesto por Carrobles (1991) y retomadas antes en este mismo capítulo: nos referimos a las dimensiones, temporal, etiológica, situacional y al grado de severidad²³. En relación con la dinámica del deseo sexual es importante subrayar la que hace referencia a la situacionalidad, que en los trastornos del deseo tiene un significado especial, como acabamos de ver en el punto dedicado a la dinámica de deseo sexual. Las variantes de las posibles alteraciones del deseo sexual son:

Deseo sexual hiperactivo. Se caracteriza por una alta frecuencia de fantasías y de apetencia de mantener relaciones sexuales. Puede llevar asociado una elevada frecuencia de masturbación o una búsqueda obsesiva de relaciones sexuales compartidas. La alta frecuencia solo debe ser considerada como una alteración en la medida en que suponga una clara alteración o desestabilización de la vida ordinaria. Puede ocasionar dificultades de concentración y escapa al control voluntario por parte del sujeto. La hiperactivación del deseo suele tener un origen claramente estructural, en relación con el conjunto de las instancias psicológicas del sujeto.

En el ámbito de la relación de pareja, se debe ser muy prudente con la valoración del deseo sexual hiperactivo. Previamente habría que preguntarse cuánto es mucho. Ello ayuda a relativizar tanto la frecuencia como la intensidad del mismo y permite relacionarlo con el conjunto de la dinámica de pareja. La percepción de la frecuencia e intensidad del deseo es realmente subjetiva. He aquí un ejemplo. Al confeccionar la historia individual de cada uno de los miembros de una pareja, previa a las sesiones conjuntas, pregunté a ambos la frecuencia de sus relaciones sexuales. Él me contestó: «Solo dos veces por semana». Ella: «Hasta dos veces por semana». Vemos cómo la misma frecuencia es percibida de modo diferente por cada uno de los miembros. En este caso, reviste especial importancia comprender la motivación que subyace al frío dato de la frecuencia y asimilar el significado otorgado por cada miembro de la pareja a esta valoración.

En este sentido, y desde el punto de vista relacional, es más relevante poner el foco en el posible desajuste respecto a las necesidades eróticas de

cada miembro de la pareja, de la coincidencia o divergencia de criterios de satisfacción sexual en el conjunto del equilibrio general del sistema, del análisis de la experiencia tal y como es percibida por ellos, que en el interés de diagnosticar precipitadamente aplicando la etiqueta de «deseo sexual inhibido», la cual, en ocasiones, responde más a la necesidad del terapeuta.

Deseo sexual hipoactivo. Se caracteriza por la presencia anormalmente baja tanto de la frecuencia como de la intensidad del deseo erótico. En este caso, también se debe ser prudente en su valoración. El ser humano tiene la capacidad de decidir acerca de su deseo sexual, de modo que hay personas que deciden darle un mínimo peso en sus vidas. Solo podríamos valorarlo como una alteración cuando la baja activación del deseo erótico es percibida por el sujeto como una limitación personal, crea dificultades en la pareja y produce sufrimiento. No es lo mismo no desear la actividad sexual por decisión personal a partir de la propia axiología personal, que no desearla como respuesta defensiva.

Seguiré los criterios de Helen S. Kaplan (1979) para diferenciar las modalidades dentro de esta categoría. Según esta autora, es necesario tener en cuenta la dimensión etiológica. Cuando el deseo sexual hipoactivo se debe a factores no psicógenos o es la causa de trastornos de origen orgánico, como disgenesias gonadales, trastornos endocrinos o es la consecuencia de enfermedades mentales (como algunas formas de psicosis o de depresión, que tiene una especial incidencia en el deseo sexual, etc.), entonces lo denominamos, sin más, deseo sexual hipoactivo.

Cuando el origen es psicógeno, es decir, se debe sobre todo a factores psicológicos convenientemente diagnosticados, lo denominaremos deseo sexual inhibido:

- DSH (deseo sexual hipoactivo): cuando no se ha determinado la etiología de la disminución del deseo (Kaplan, 1979). En estos casos, cabe sospechar una base orgánica que debe ser diagnosticada con técnicas apropiadas.
- DSI (deseo sexual inhibido): situaciones de deseo erótico anormalmente bajas en las que se ha hecho un diagnóstico etiológico,

es decir, cuando se ha establecido que el deseo sexual está inhibido por factores psicógenos (Kaplan, 1979).

El papel desempeñado por factores orgánicos en los trastornos del deseo es bastante controvertido; los resultados de las investigaciones son inconsistentes y, en ocasiones, contradictorios. En cualquier caso, no es propósito de este libro ahondar en estas cuestiones, por lo que remito al lector a la consulta de los manuales y publicaciones dedicados a ello. Una buena revisión de este tema se encuentra en el *Manual de sexología y terapia sexual* de Francisco Cabello (2010). La experiencia erótica se caracteriza por su naturaleza psicosomática, y por ello adquiere una gran relevancia la interdisciplinariedad y a ella invocamos en relación con la comprensión de las dificultades sexuales.

A partir de lo desarrollado en el punto anterior referido a la dinámica del deseo sexual, podemos inferir algunas causas debidas a factores psicológicos que describiremos a continuación.

Revisando las aportaciones de los principales autores que han escrito al respecto, gran parte de los investigadores coincide en afirmar que la etiología de los trastornos del deseo es sumamente complicada, puesto que son muchos los factores que inciden en esta realidad, finalmente vulnerable. Además, estos factores adquieren mayor o menor significación dependiendo del marco teórico que se analice. Ya en 1989, LoPiccolo propuso un conjunto de posibles causas que sucintamente se exponen a continuación: ortodoxia religiosa, personalidad anhedónica, dificultades con la identidad de género, fobias o aversiones sexuales específicas, miedo a la pérdida de control en la excitación sexual, alteraciones sexuales enmascaradas, causas orgánicas de origen neuroendocrino, dificultades debidas a conflictos en el sistema de pareja, dudas respecto a la pareja, miedo a la intimidad o interferencias respecto a la vinculación afectiva (LoPiccolo y Friedman, 1989).

Este conjunto desordenado de factores o causas pueden ser organizados de modo flexible en estos tres grandes grupos:

- a) Causas individuales o intrapsíquicas: visión endogenista de las dificultades sexuales que consiste en considerar que el origen de las

mismas se halla en el propio individuo debido a su propia estructura de personalidad o a conflictos o traumas no resueltos. En este apartado incluiremos las causas de origen orgánico, procedentes de alteraciones funcionales de diferentes sistemas, como el neurológico o el endocrino, así como los derivados de otras enfermedades físicas o mentales, o los que provienen del uso crónico de tratamientos farmacológicos.

- b) Causas relacionales o sistémicas: el motivo que causa la dificultad con el deseo erótico proviene de la dinámica del propio sistema de relación. La proximidad psicológica y el espacio de intimidad altera la dinámica del deseo, inhibiéndolo o hiperactivándolo. La teoría del apego aporta conocimiento de indudable interés para la interpretación de este grupo de causas, como se indica en diversas partes de este libro.
- c) Causas exógenas debidas a factores ambientales: se deben a problemas causados por el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo. El estrés laboral o familiar, dificultades con el empleo, conflictos familiares, presiones ambientales producidas por la sociedad de consumo, en la que se dictaminan los estándares de rendimiento sexual, la cultura sexista que impone un modelo también sexista de satisfacción sexual, entre otros.

Apego y alteraciones en la respuesta sexual

Helen Singer Kaplan (1979) propuso el modelo trifásico de respuesta sexual. Lo más interesante del mismo es la consideración de que cada fase constituye una entidad neurofisiológica distinta que puede ser alterada independientemente. Ello contribuyó a comprender mejor las disfunciones sexuales, organizándolas en trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo. Tal aportación tiene, sobre todo, valor didáctico, puesto que en la práctica aplicada no puede aislarse el síntoma del conjunto de la experiencia.

Kaplan afirmó que la disfunción sexual, el síntoma, es el concomitante fisiológico de la ansiedad. Sin embargo, la cuestión es: ¿cuál es la fuente de la ansiedad?, ¿cuál es su origen?

La autora indicó que existen causas remotas y próximas en las disfunciones sexuales. Las causas próximas son aquellas que se relacionan

directamente con la disfunción, por ejemplo cuando la ansiedad se debe a situaciones ambientales, como suele ocurrir en personas inexpertas, o como fruto de una falta de información o falsas creencias. Son psicológicamente poco densas y su valoración muestra un pronóstico favorable en relación con el tratamiento. Este tipo de dificultades responde bien a un formato de terapia breve.

Se entiende por *causa remota* aquella en la que el origen de la ansiedad que provoca la dificultad se instala en un lugar biográficamente lejano o profundo. Las causas inmediatas suelen ser bastante específicas; sin embargo, el contenido de las causas remotas, que están en la base de las causas inmediatas, no lo es.

Kaplan, cuyo eclecticismo incluye formación psicodinámica, cita como posibles causas remotas el miedo al fracaso o el miedo a la intimidad, que serían expresiones de situaciones edípicas no resueltas. Haciendo una lectura amplia y heterodoxa, se entendería por *situación edípica* la situación triangular entre el padre, la madre y el hijo o la hija, en la que este o esta debe encontrar y ajustar su posición para lograr la autonomía e independencia de su propio yo, lo cual le permitirá en la adultez manejar con seguridad el intercambio erótico. La inmadurez que se deduce de la incapacidad para aceptar la posición adecuada en el triángulo que surge ante la aparición de un tercero en la relación diádica infantil puede generar tensiones en las relaciones de intimidad en la vida adulta, y tal situación puede repercutir, directa o indirectamente, en el ciclo fisiológico de la respuesta sexual o en la capacidad de regular el deseo erótico, tal y como veremos más adelante. En realidad, según este enfoque, esta dificultad proviene del conflicto que subyace a la incapacidad del sujeto de vivir su propio yo. Las dificultades surgen de la lucha permanente por ocupar el lugar del otro, del intento de suplantar al padre o a la madre.

Los postulados de la teoría del apego proporcionan una interpretación alternativa, y con mayor apoyo empírico, para poder comprender y explicar el origen de una de las fuentes de la ansiedad cuya causa es remota y que, como bien dice Kaplan, provoca el síntoma, una alteración en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, que sería su concomitante fisiológico.

En toda relación intersubjetiva, las personas actúan según sus modelos

operativos internos. En la relación de pareja, sea estable o no, es inevitable actuar según las representaciones mentales grabadas a lo largo de la historia socioafectiva, que componen los modelos operativos internos. Tales representaciones han podido ser enriquecidas y mejoradas por las experiencias vitales a lo largo de la biografía, o bien justo lo contrario.

El gráfico 12 muestra la relación entre el apego y la respuesta sexual. En una relación intersubjetiva, que surge de la atracción entre las partes, el/la otro/a (sujeto B) es al mismo tiempo objeto de deseo y figura de apego si se ha producido el vínculo.

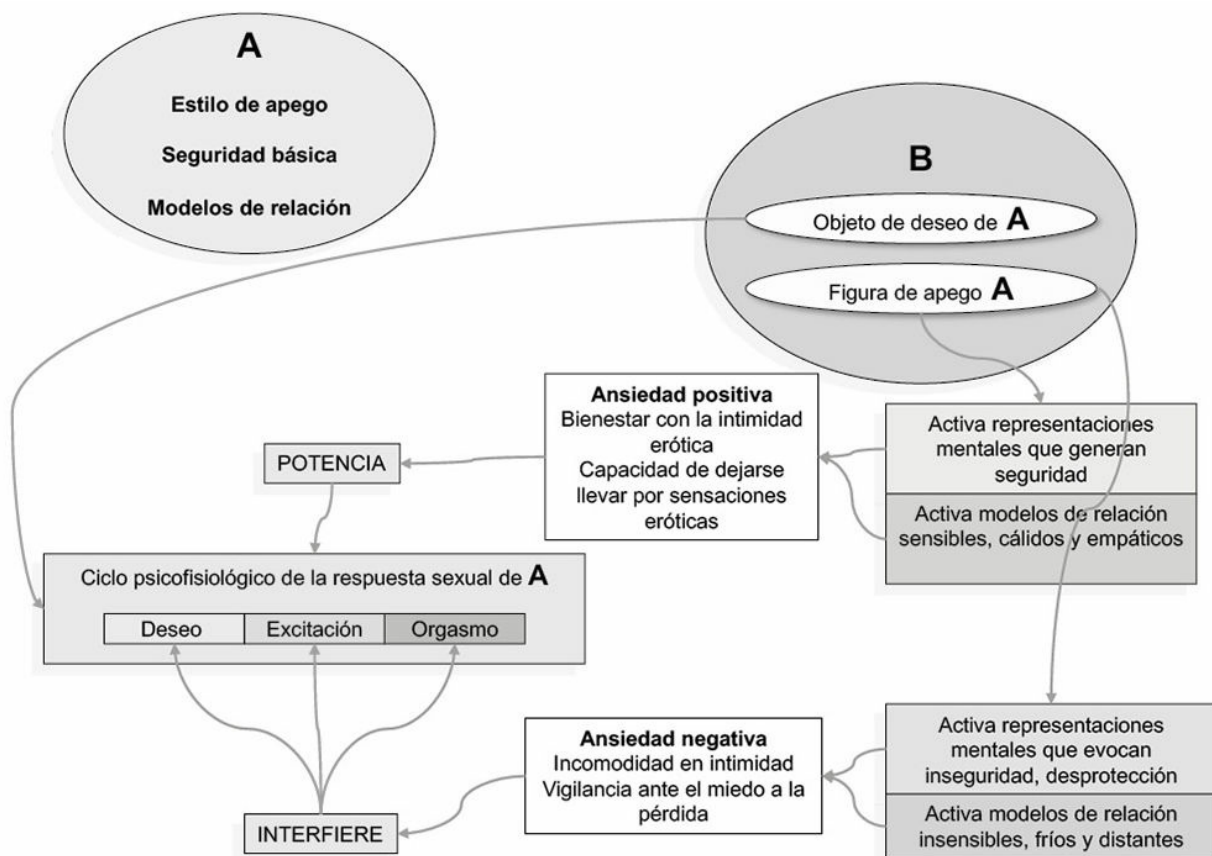


Gráfico 12. Apego y respuesta sexual.

El sujeto A activa el sistema sexual, dado que el sujeto B es objeto de deseo erótico, y pone en marcha todo el imaginario erótico, activando a su vez el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo.

Al mismo tiempo, el sujeto A evoca la relación vincular y pone en marcha los modelos operativos internos que regulan las relaciones de proximidad psicológica. Si utilizamos la metáfora del ordenador, los modelos operativos internos son complejos programas que regulan la situación relacional intersubjetiva. El sujeto A dispone de sus modelos operativos internos desarrollados a lo largo de su historia socioafectiva. El sujeto B representa a las figuras significativas. Por tanto, el sujeto B, en tanto que representación de la figura de apego, puede activar en el sujeto A representaciones mentales que generan seguridad y modelos de relación sensibles, respondientes, cálidos y empáticos. En ese caso, el sistema de apego potencia el sistema sexual y actúa en sinergia con él. Genera ansiedad (activación) positiva, tal y como recogen las sabias palabras del bolero tradicional: «... la ansiedad de tenerte en mis brazos» (J. E. Sarabia). Se produce bienestar con la intimidad, capacidad para dejarse llevar por intensas sensaciones de placer, interés, sensibilidad y respeto por el bienestar del otro.

Por el contrario, los modelos operativos internos de A podrían activar representaciones mentales que generan inseguridad, desprotección, desvalimiento y modelos de relación insensibles, fríos y distantes. En este caso, el sistema de apego puede interferir seriamente. Esta situación podría activar fuentes de ansiedad negativa, surgida como resultado de la vigilancia ante el miedo percibido, real o imaginario, al abandono o a la pérdida.

Vemos, pues, cómo la hipervigilancia que, en algunos casos, aparece hacia todo signo percibido de desaprobación o duda de sí mismo por parte del sujeto A, puede ser una de las posibles fuentes de ansiedad que altere el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual. Esta percepción subjetiva de desaprobación puede haber sido evocada por situaciones vividas de abandono o negligencia procedentes de la historia vincular, particularmente de la infancia, y que acuñaron las correspondientes representaciones mentales que ahora se expresan de este modo no consciente, en este espacio de vulnerabilidad que constituye la intimidad erótica.

Este tipo de ansiedad no necesariamente provoca un síntoma manifiesto en cualquiera de las fases de la respuesta sexual, sino que podría impedir el grado de relajación necesario para dejarse llevar por las sensaciones de placer erótico, con lo cual la calidad de la experiencia decrecerá de forma

considerable, y será valorada por el propio sujeto como extraordinariamente pobre. En este caso, la queja manifiesta se presenta como insatisfacción. Una persona a la que atendí me decía: «En realidad, no tengo problemas sexuales, lo que me ocurre es que no disfruto de la experiencia. Podría firmar ahora mismo no volver a tener relaciones sexuales». Se refería realmente a que no tenía síntomas manifiestos; deseaba, se excitaba (tenía erecciones) y llegaba al orgasmo, aunque este fuese vivido como un simple reflejo fisiológico. Sin embargo, la experiencia era insatisfactoria.

Dependiendo de la gravedad de la situación, de la intensidad de la ansiedad, se podría bloquear cualquiera de las fases de la respuesta sexual. En este sentido, como hemos comentado siguiendo a Kaplan, cada una de las fases constituye una entidad neurofisiológica que puede ser alterada indistintamente, por lo que observamos trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo. En este sentido, Marrone (2001) indica que los trastornos en los vínculos del apego pueden percibirse no solo en el modo general de relacionarse, sino también en el afecto (ansiedad) que acompaña a la respuesta sexual.

Antes hemos indicado que Kaplan propone el miedo a la intimidad como una de las variables que podrían explicar esta fuente remota de ansiedad. Ella interpreta este efecto, así como el miedo al éxito, en clave psicoanalítica. El miedo al éxito aparecería como efecto de la angustia de «vencer» al padre, la angustia de castración.

Sin embargo, desde la perspectiva de la teoría del apego se considera que el miedo a la intimidad puede deberse al miedo inconsciente a la pérdida o al abandono, explicado en términos supervivenciales.

Desde esta perspectiva, podemos considerar que el espacio de intimidad psicológica puede ser considerado por las personas que tienden a la inseguridad (ansiosas o evitativas) como un lugar arriesgado, dada la vulnerabilidad de su propio yo. Recordemos que los modelos operativos internos comprenden el modelo de sí mismo, en términos de autoestima, y el modelo de los demás, en términos de confianza hacia los otros. Recordemos también que en el ámbito de la vinculación afectiva se aprenden modelos de relación positiva en la intimidad y la capacidad de experimentar sensaciones corporales. Otro elemento esencial para comprender e interpretar el miedo a

la intimidad es la intersubjetividad, tal y como se ha descrito en el punto 1.4. Los modos de comunicación intersubjetiva, en los que la comunicación no verbal y la corporeidad son fundamentales, nos conectan con el origen mismo del desarrollo de la autonomía personal. Por tanto, las dificultades e interferencias en este ámbito podrían explicar el origen de este tipo de ansiedad asociada a algunas dificultades sexuales que se presentan en la actualidad de las personas que las consultan.

El miedo —generalmente inconsciente— de pérdida o abandono procedente de los modelos operativos internos puede ser conjurado si se activan las defensas secundarias que ya hemos analizado: a) hiperactivación del sistema de apego (hipervigilancia, preocupación, ansiedad) y b) desactivación del sistema de apego (falta de conexión emocional, objetualización de la otra persona, ausencia de calidez, desajustes e insatisfacción en el sistema de pareja).

La vulnerabilidad en el espacio de la intimidad puede deberse al hecho de que el tipo de comunicación cambia absolutamente. Las habilidades sociales que pueden servir en las relaciones sociales no sirven en la intimidad, donde los códigos cambian. Probablemente, la lectura que de modo inconsciente haga la persona en cuestión ante los requerimientos de la intimidad sea la siguiente: «Si permito que alguien entre en el espacio de mi intimidad, se va a dar cuenta de que en realidad no valgo la pena y seguro que me abandona».

Se establece así el dilema: a) «Siento una gran necesidad de satisfacer mis deseos eróticos», b) «Las resonancias que la situación de intimidad me produce, debidas a las representaciones mentales generadas en situaciones similares, ya vividas en momentos clave del desarrollo, me crean una inquietud que impide mi implicación en tal situación».

El gráfico 12 expresaba cómo el otro actúa, en la relación de pareja, como objeto de deseo erótico, activándolo. Sin embargo, para su satisfacción se requiere acceder al espacio de la intimidad. Es entonces cuando el sistema de apego puede interferir seriamente en el sistema sexual. El miedo a la intimidad puede generar el nivel de ansiedad suficiente como para alterar o incluso bloquear la respuesta sexual. Tal ansiedad se desarrollaría en forma de vigilancia respecto a los signos que pudiesen ser interpretados como amenazadores en relación con el vínculo (pérdida o abandono). Ello actúa por

lo general de modo no consciente.

Desde el punto de vista clínico, este grado de hipervigilancia se muestra en forma de un alto grado de autoexigencia. Algunas personas se observan obsesivamente a ellas mismas y la situación en su conjunto, pensando que cualquier desliz podría dar al traste con la relación. Masters y Johnson (1970), Kaplan (1979) y otros autores en el ámbito del tratamiento de las dificultades sexuales han denominado a este efecto el *rol del espectador*; en la literatura también se encuentran términos tales como *ansiedad anticipatoria* o *ansiedad de ejecución*.

Otras personas son incapaces de colocarse en la situación de recepción del placer erótico sin antes estar absolutamente seguras de que la pareja ha recibido su parte. Esta situación hace que el comportamiento hacia la otra persona sea extraordinariamente ansioso, centrándose en estimular obsesivamente a la otra persona con el fin de lograr lo antes posible su satisfacción para, de este modo, poder acceder a su propia satisfacción. Es evidente que este tipo de comportamiento tiene un efecto sistémico que tiende a cronificar el malestar y la insatisfacción de ambos. Es como si algunas personas pensasen inconscientemente que, en términos simbólicos, el placer no es gratis, que hay que pagar por él. El modo de pago es la cuota de placer que el otro debe recibir. Recuerdo cuando, hace años, al utilizar ejercicios de focalización sensorial, algunas personas eran incapaces de adoptar el rol «pasivo». No podían recibir sin haber dado antes. Un ejemplo de que, en el uso de técnicas de focalización sensorial, lo importante no es la técnica en sí misma, sino la interpretación de las resistencias que origina.

Otro modo, sin duda más disfuncional, de paliar el miedo a la intimidad, es bloquear o desconectar las emociones propias de la vinculación afectiva para hacer posible el acceso a la satisfacción del deseo erótico, simbolizado en la sensación de descarga que proporciona el orgasmo. En un caso que atendí, cuya demanda fue la insatisfacción sexual generalizada por parte de ambos, al tiempo que una clara inhibición del deseo por parte de ella, esta expresó lo siguiente: «Cuando mantenemos relaciones sexuales no me mira, veo su mirada perdida en el infinito, me siento como un trozo de corcho, siento como si se estuviera masturbando con mi cuerpo». La exploración de él puso de manifiesto una historia afectiva inestable, con periodos de

abandono y negligencia por parte de sus cuidadores. La narrativa con la que describía su propia historia fue confusa, discontinua e incoherente en algunos pasajes. No soy partidario de rígidas clasificaciones, pero el perfil de este hombre tendía claramente hacia la evitación. Vemos, pues, cómo la desactivación del sistema de apego, como defensa ante el miedo a la intimidad, logra puentear las dificultades afectivas para impedir que estas bloqueen la respuesta sexual. Para ello, era necesario convertir a su pareja en un mero objeto de estimulación, algo que ella percibía dramáticamente.

Algunas personas se sienten más cómodas (¿más seguras?) con la masturbación. Cuando una persona comparte sexo con otra, esta actúa como una variable extraña. Lo es en la medida en que la presencia del otro/a exige atención, estar pendiente. Uno tiene que hacer las cosas bien, interpretar correctamente los deseos del otro, estar a la altura de las circunstancias. Todo ello exige un grado de vigilancia, una preocupación que se incrementa en función de la inseguridad. Las personas inseguras tienden a tener mucho más presente la expectativa de abandono o de pérdida. Por ello, el autoerotismo puede ser considerado como un espacio protegido y seguro en el que absolutamente nadie puede entrar. Sería esta otra forma de acceder a la satisfacción sexual soslayando el miedo a la intimidad. En uno de mis trabajos encontré relación entre la frecuencia de masturbación y la tendencia a la evitación, de tal modo que las personas con mayor frecuencia tendían con claridad a la evitación, tanto en hombres como en mujeres (Gómez-Zapiain, 2008).

3.3. Naturaleza multicausal y niveles múltiples en la etiología de las disfunciones sexuales

La respuesta sexual humana se caracteriza por ser una realidad claramente psicósomática, es decir, es muy vulnerable a desequilibrios orgánicos, psicológicos o ambientales. Por ello, las dificultades sexuales tienen una complicada etiología multicausal. Históricamente se ha establecido una pugna entre planteamientos organicistas o psicógenos que se mantiene hasta nuestros días. En cualquier caso, la multicausalidad exige una minuciosa anamnesis. Evidentemente, las disfunciones sexuales pueden tener un origen

orgánico. Las ciencias de la salud han aportado conocimiento y tratamientos muy relevantes en las últimas tres décadas. También desde el lado de la psicología los avances han sido considerables. Por tanto, las diferentes causas pueden ser agrupadas en tres ámbitos bien diferenciados que interactúan entre sí: a) causas orgánicas, b) causas intrapsíquicas y c) causas relacionales.

Una de las aportaciones más importantes de Kaplan es el concepto de *niveles múltiples* en el origen de las disfunciones sexuales, el cual ha resultado terapéuticamente muy útil, puesto que determina los niveles, también múltiples, de intervención.

Las disfunciones sexuales se desencadenan por antecedentes inmediatos cuyo común denominador es la ansiedad, que intercepta el libre desarrollo de la respuesta sexual. Estos antecedentes constituyen este primer nivel etiológico denominado en este modelo «causas inmediatas». Son las que realmente se asocian al síntoma y podrían deberse a causas de menor calado, como ideas erróneas acerca del desempeño sexual, miedos infundados, ansiedad de anticipación, rol del espectador, etc. (ver gráfico 13). Los antecedentes inmediatos podrían explicarse en sí mismos o proceder de conflictos estructurales más profundos y no resueltos. Estos conflictos profundos, por lo general inconscientes —total o parcialmente— y no resueltos, constituyen las causas remotas.



Gráfico 13. Causas inmediatas y remotas de las dificultades sexuales (adaptación de Kaplan, 1979).

quatum y el potencial erótico, difieren del modelo clásico médico-clínico y son la base de la que partimos para proponer un nuevo modelo de terapia sexual, como veremos en el capítulo 5.

[15](#) Consideramos las realidades «hombre» y «mujer» como referencias en el proceso de sexuación, no como categorías de identidad. Entendemos que el proceso de sexuación es un proceso de desdoblamiento en dos formas, extremadamente plástico y flexible, cuyo resultado es la diversidad sexual expresada en los diversos modos de identidad sexual y de género.

[16](#) Este cuadro ha sido previamente publicado en Gómez-Zapiain (2013). Se ha incluido en este punto dado su interés en la síntesis de la clasificación de las dificultades sexuales, además de haber sido actualizado.

[17](#) Confrontar con López (2015).

[18](#) Confrontar con el capítulo 11 de la monografía Gómez-Zapiain (2009), donde se desarrolla de modo más preciso la interacción entre los sistemas.

[19](#) Se entiende por *sistema sexual* los centros hipotalámicos responsables de la activación del deseo erótico, los neurotransmisores.

[20](#) En el punto 3.5 se abordan la naturaleza multicausal y los niveles múltiples de intervención.

[21](#) En *Apego y sexualidad* (Gómez-Zapiain, 2009) se puede encontrar un capítulo dedicado a profundizar en el concepto de intimidad.

[22](#) Esta cuestión fue ampliamente desarrollada en *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual* (Gómez-Zapiain, 2009).

[23](#) Ver, más atrás, la tabla clasificatoria de las alteraciones del deseo erótico.

CAPÍTULO 4

TERAPIA SEXUAL

4.1. Principales modelos de terapia sexual

A partir de los modelos de respuesta sexual descritos en el capítulo 2, sus autores propusieron formatos de terapia sexual congruentes con sus hallazgos. El modelo propuesto por Masters y Johnson, por un lado, y el de Kaplan, por otro, siguen siendo en la actualidad referencias en la terapia sexual. Estos formatos pueden ser matizados, ampliados y enriquecidos por diferentes marcos teóricos en psicoterapia, ya sean de tendencia psicodinámica, humanista, cognitivo conductual o sistémica.

La aplicación de la teoría de sistemas a la comprensión de las dificultades sexuales ha supuesto un avance esencial en las propuestas psicoterapéuticas. Las aproximaciones sistémicas hacen hincapié en la importancia del flujo de comunicación entre las personas que la conforman. Sin embargo, las limitaciones de este planteamiento pueden ser compensadas por las aportaciones hechas desde una perspectiva interrelacional, en la que la teoría del apego constituye una de sus bases esenciales de fundamentación teórica, como ya se ha explicado en la primera parte de este libro. Ello será discutido en los capítulos 5 y 6.

En la historia del conocimiento de la respuesta sexual humana y del tratamiento de las llamadas disfunciones sexuales ha habido antecesores y pioneros que han aportado conocimiento y experiencia empírica. Una revisión de estas aportaciones la realizó Brecher en su libro *Investigadores del sexo* (1969); cabe reseñar también la realizada por Antonio Fuertes y Félix López (1997). Sin embargo, los trabajos de Masters y Johnson, primero, y de Helen Singer Kaplan, después, se pueden considerar un hito histórico. A partir de ellos se puede hablar con propiedad del nacimiento de la «nueva terapia sexual». La propuesta de Masters y Johnson consiste en un formato de

terapia breve, que incluye prescripciones, ejercicios de focalización sensorial y técnicas específicas, además de contribuir a la disolución de ideas erróneas y miedos infundados mediante la optimización de la comunicación, facilitada por las estrategias llevadas a cabo por el equipo de terapeutas.

H. S. Kaplan dio un paso de gran relevancia al diferenciar las causas inmediatas que afectan a las dificultades del ciclo psicofisiológico de respuesta sexual, de las causas remotas que podrían provenir de conflictos profundos. Su formato terapéutico prioriza el tratamiento de las causas inmediatas, aunque estas provengan de conflictos más profundos. Solo aborda las causas profundas en la medida en que entorpezcan el logro del objetivo principal: la superación de las dificultades sexuales planteadas. Propone una combinación de técnicas específicas y comunicación (causas inmediatas) y psicoterapia (causas remotas). Ello permite, por un lado, una comprensión amplia del origen de las dificultades sexuales y, por otro, entender los distintos niveles de intervención terapéutica. Por consiguiente, amplía considerablemente el formato propuesto por Masters y Johnson y abre nuevos desarrollos. Estos han dependido fundamentalmente de los diversos enfoques teóricos de referencia de los profesionales de la terapia sexual. A continuación, y de una manera sintética, se desarrollan ambas propuestas.

4.4.1. Modelo de terapia sexual propuesto por Masters y Johnson

A partir de sus aportaciones al conocimiento de la respuesta, su preocupación se centró en las dificultades de las personas en su comportamiento sexual. Como resultado de las conclusiones de su trabajo, hicieron una propuesta de tratamiento publicada en su obra titulada *Human sexual inadequacy* (Masters y Johnson, 1970).

El modelo de terapia sexual propuesto por Masters y Johnson se basa en los siguientes principios:

1. *Terapia conjunta de pareja.* Basan su terapia en la unidad de la pareja, no en los individuos. Cuando eran consultados por personas individuales, se les adjudicaba una pareja para el tratamiento, algo que en su momento resultó polémico.

2. *Coterapia*. El tratamiento se realiza siempre en régimen de coterapia. Es decir, el equipo de terapeutas estaba formado por dos profesionales de distinto sexo en el que uno de los dos debía ser médico.
3. *Selección de los pacientes*. Estos son estrictamente seleccionados, bien por ser remitidos por otros colegas, bien por haber sido elegidos por el propio centro. Eran descartadas todas las parejas en las que uno de los miembros tuviera antecedentes médicos significativos o dificultades psicológicas relevantes.
4. *Duración limitada*. La terapia se establece en un periodo de quince días de tratamiento intensivo en el centro, más una semana en el hotel de estancia durante el tratamiento.
5. *Plan de trabajo*. El programa de tratamiento consta de un trabajo continuo, manteniendo dos entrevistas diarias con el equipo de coterapeutas.
6. *Aislamiento ambiental*. Este programa terapéutico considera esencial que la pareja se aísle de la vida cotidiana. Por ello, exige la estancia en un hotel próximo al centro durante las tres semanas de tratamiento.
7. *Tratamiento básico*. Esta propuesta consiste, por un lado, en un proceso de educación sexual intensiva y personalizada en pareja. Se trata de comprender los elementos básicos de funcionamiento del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, así como las diferencias entre los sexos. Por otro lado, fomenta la comunicación entre los miembros de la pareja. Todo ello a través del equipo de coterapeutas, quienes actúan como catalizadores de la comunicación en el sistema de pareja. El tratamiento se complementa con tareas específicas que son analizadas en las reuniones diarias con el equipo de coterapeutas. Las entrevistas sirven para resolver dudas y analizar errores y estrategias para resolverlos.
8. *Uso de técnicas específicas*. Masters y Johnson consideraron que la ansiedad es el factor patogénico más importante en la génesis de las disfunciones sexuales. Esta proviene, según sus planteamientos, de ideas erróneas o preocupaciones como la anticipación de fracaso o el llamado «rol del espectador». Proponen ejercicios de focalización sensorial cuyo objetivo, como su nombre indica, consiste en focalizar

la atención en las sensaciones eróticas procedentes de toda la geografía corporal y de los sentidos, y descentrar la atención ansiosa en el coito, proponiendo incluso la prohibición del coito en las primeras jornadas del tratamiento. Se trata de romper con el círculo de ansiedad que mantiene la disfunción. También se utilizan otras técnicas específicas para el tratamiento de dificultades como el orgasmo prematuro o la eyaculación precoz.

9. *Terapia de apoyo breve*. Durante el periodo del tratamiento se analizan los resultados de las tareas asignadas y se resuelven las dudas. Los terapeutas insisten en mejorar los niveles de comunicación entre los miembros de la pareja. Cada uno de ellos está representado en la pareja de terapeutas. Estos se muestran como un modelo de comunicación.
10. *Compromiso de cooperación*. Se establece un periodo de seguimiento de cinco años en el que la pareja se compromete a colaborar ante posibles recaídas.

4.1.2. Modelo de terapia sexual propuesto por Helen Singer Kaplan

Tal y como hemos explicado, el modelo terapéutico propuesto por Masters y Johnson supuso un punto de inflexión en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Ellos pusieron el foco en la propia disfunción sexual, entendiéndola como una alteración del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual y en la importancia de la comunicación en el ámbito de la pareja. Sin embargo, considerando que seleccionaban minuciosamente a sus pacientes, acababan descartando a aquellas personas en las que la etiología de la dificultad podría apuntar a conflictos psicológicos más profundos.

Es entonces, década de los setenta del siglo pasado, cuando aparecen las aportaciones de Helen Singer Kaplan. Sin duda, su orientación psicodinámica le permitió proponer un modelo de intervención terapéutica más elaborado. El concepto de «nueva terapia sexual», que da título a una de sus primeras obras (Kaplan, 1974), adquiere sentido histórico en la medida en que supone un punto de inflexión, que pondrá la base de nuevos desarrollos. Kaplan basa su modelo en los siguientes principios básicos:

1. Los objetivos de la terapia sexual se limitan al alivio de los síntomas sexuales del usuario.

El formato de terapia sexual propuesto, aun reconociendo las múltiples influencias interrelacionales e intrapsíquicas profundas que puedan subyacer en algunos problemas sexuales, centra las estrategias terapéuticas de intervención en la modificación de las causas inmediatas y en las defensas contra la experiencia del placer. Las causas más remotas de la dificultad solo se abordan en la medida en que se interpongan en el logro del objetivo principal, que es la remisión del síntoma. El formato propuesto entra en niveles de tratamiento psicoterapéutico más profundo solo si obstaculizan directamente el objetivo principal de la terapia sexual.

Los argumentos que emplea Kaplan para fundamentar esta propuesta son los siguientes: a) muchas de las personas que presentan dificultades sexuales no manifiestan conflictos intrapsíquicos e interpersonales significativos; b) personas con conflictos psicológicos profundos pueden mostrar una respuesta sexual excelente; c) mantiene que debe de existir en la naturaleza humana una especie de *bypass*, a modo de defensa, que proteja de modo natural el delicado sistema sexual de la influencia de algunos conflictos.

2. Se aparta de los modelos tradicionales en la medida en que combina experiencias eróticas prescritas y psicoterapia.

Según Kaplan, tanto las psicoterapias de origen psicodinámico —que consideran que los problemas sexuales son un síntoma de un conflicto profundo, como las que se centran en la terapia transaccional de pareja o en la teoría de sistemas, no abordan la dificultad sexual en sí misma ni directamente, sino que consideran que, al resolver el conflicto profundo que subyace o la dinámica de las relaciones destructivas de pareja, remitirá el síntoma en la respuesta sexual.

Por otro lado, las terapias conductistas no admiten que la dificultad sexual se deba a ningún conflicto subyacente, sino a una cuestión de aprendizaje, o a un inadecuado procesamiento de información generador de ideas erróneas acerca de la respuesta sexual y del sentido del erotismo.

En consecuencia, la propuesta de Kaplan se basa en la combinación de prescripciones o tareas prescritas para ser realizadas en el ámbito de la

intimidad de la pareja, así como en tratamientos psicoterapéuticos en la medida en que sea necesario, considerando que, en realidad, las prescripciones no curan por sí mismas, sino que activan una resistencia que el/la terapeuta deberá comprender e interpretar con el fin de orientar la intervención.

Para comprender en profundidad esta propuesta, es necesario considerar dos conceptos básicos desarrollados por Kaplan: a) la naturaleza multicausal de las disfunciones sexuales y b) la organización de la etiología psicógena de las disfunciones en causas inmediatas y causas remotas.

Considerando el reconocimiento de la naturaleza multicausal de la respuesta sexual, el planteamiento de los niveles múltiples del origen etiológico de las disfunciones, Kaplan propone una estrategia de intervención terapéutica coherente con estos principios.

La terapia sexual propuesta focaliza su intervención en la dificultad sexual misma y solo aborda directamente otras dificultades psicológicas o relacionales en la medida en que bloquean el avance hacia el logro del objetivo.

La estrategia básica propuesta consiste en modificar los antecedentes inmediatos del síntoma sexual y en ocuparse de las ansiedades subyacentes o causas remotas solo si se presentan resistencias al avance. Se entiende que las resistencias al cambio solo se movilizan si sirven como defensa a conflictos más profundos.

Se trata de que el terapeuta maneje el nivel óptimo de ansiedad que permita al usuario avanzar en el tratamiento sin que las resistencias se activen tanto que el progreso quede bloqueado. Según Kaplan, se trata de manejar un nivel adecuado de ansiedad que mantenga el grado óptimo de exigencia en el tratamiento. Cuando las resistencias más básicas paralizan el progreso terapéutico, el terapeuta deberá provocar «crisis» o «minicrisis» que pueda controlar con el fin de movilizar los recursos para el cambio que el usuario necesita.

El formato de intervención puede entrar en el grupo de las consideradas terapias breves. La unidad de intervención es la sesión clínica. En ella se analiza la evolución general a partir del análisis de las prescripciones. La prescripción podría servir como un ejercicio de aprendizaje, es decir, como

una tarea diseñada para aprender una técnica o un procedimiento, útil para el manejo de causas inmediatas. Sin embargo, el terapeuta debe estar muy atento en la sesión clínica a los efectos de la prescripción porque puede movilizar resistencias que podrían apuntar a causas remotas. Las resistencias producidas son el material clínico de cada sesión. Según este formato, la prescripción tendría dos finalidades: a) contribuir al aprendizaje basándose en nuevas experiencias y b) movilizar resistencias que impiden o bloquean la función sexual.

4.1.3. Niveles de intervención en terapia sexual

Tanto el modelo de terapia sexual propuesto por Masters y Johnson como el de Kaplan muestran o aclaran diversos niveles de intervención. En la actualidad existe una gran confusión acerca de la terapia sexual. En realidad, este término integra cuestiones bien diferentes. ¿Estamos seguros de que nos referimos a lo mismo cuando hablamos de terapia sexual? Evidentemente no. Depende en gran medida del lugar desde el que se observe y de la procedencia curricular de los profesionales que la realizan. ¿Cuál es el modelo terapéutico de los médicos en terapia sexual? ¿Cuál el de los psicólogos? ¿Cuál el de los sexólogos? ¿Cuáles son los objetivos que se persiguen en la terapia sexual? ¿Ha de ser el modelo clínico médico la única referencia en la comprensión de las dificultades sexuales? En relación con intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia, ¿estamos seguros de que solo debe considerarse la evidencia que proviene de procedimientos matemáticos que proceden de instrumentos limitados? ¿Se pueden (o se deben) considerar otras fuentes de evidencia?

En el gráfico 14 se presentan los niveles de intervención. Si se contemplan las causas inmediatas, el primer nivel de intervención (educación sexual) y el segundo (asesoramiento) podrían ser suficientemente eficaces.

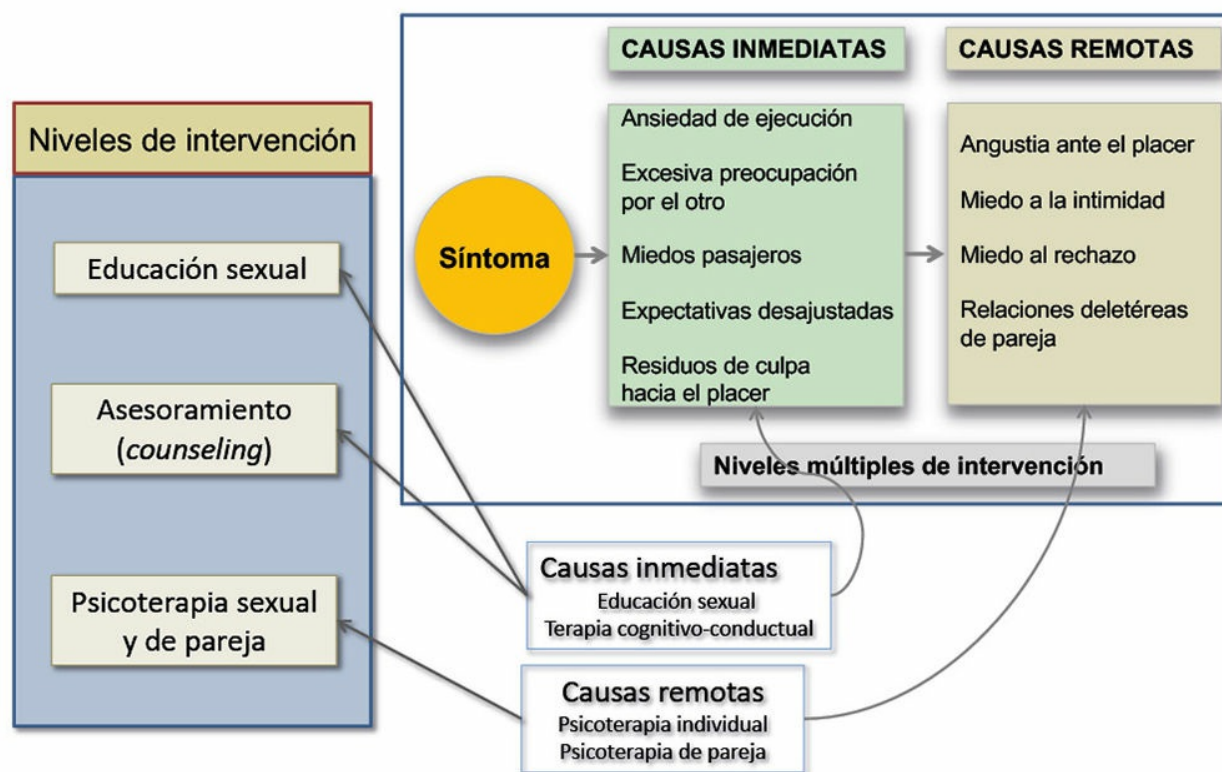


Gráfico 14. Niveles de intervención en terapia sexual.

Sin embargo, si la dificultad sexual se produce por conflictos de mayor calado relacionados con causas remotas que explican las causas inmediatas, el abordaje requerirá de tratamientos psicoterapéuticos adecuados.

El modelo de Masters y Johnson no contempla conflictos profundos relacionados con dificultades sexuales, por el simple hecho de que ellos no los admitían en sus programas. Optan implícitamente por intervenir en causas inmediatas.

El modelo de Kaplan prioriza el tratamiento de las causas inmediatas. Ello no obsta para que en el diagnóstico o en el desarrollo de la terapia, el terapeuta detecte algunos conflictos relevantes en la dinámica de la pareja o en el plano individual; sin embargo, solo se considerarían si ellas bloquean el objetivo terapéutico planteado respecto a la actividad sexual. Este modelo sí contempla la posibilidad de intervenir en niveles profundos (causas remotas) si fuese necesario. Ello dependerá de la competencia profesional del terapeuta. Si la causa es realmente profunda, podrían ser derivados a otro profesional de la psicología con competencia para ello.

En términos generales, las intervenciones en el ámbito de la experiencia erótica deben dirigirse a la obtención del bienestar a través de la satisfacción de necesidades básicas, como las necesidades eróticas y las afectivas. Por tanto, las intervenciones irían desde aquellas encaminadas a la promoción de la salud, contribuyendo al desarrollo del potencial erótico —como se ha indicado en el capítulo 2—, hasta el abordaje de dificultades sexuales que producen malestar, conflicto y sufrimiento. Pero no todo se puede encuadrar bajo el término de «terapia sexual».

En consecuencia, podríamos establecer un continuo que va desde la promoción de la salud hasta el tratamiento de los problemas sexuales. En él situaríamos la educación sexual, en cualquiera de sus modalidades, el asesoramiento o *counseling* y la terapia sexual propiamente dicha. Cada uno de los ámbitos dispone de una metodología y unos procedimientos de intervención propios. El tipo de formación y las competencias de los profesionales que intervienen en cada ámbito deberían estar claramente establecidos. El gráfico 15 muestra las características de cada nivel.

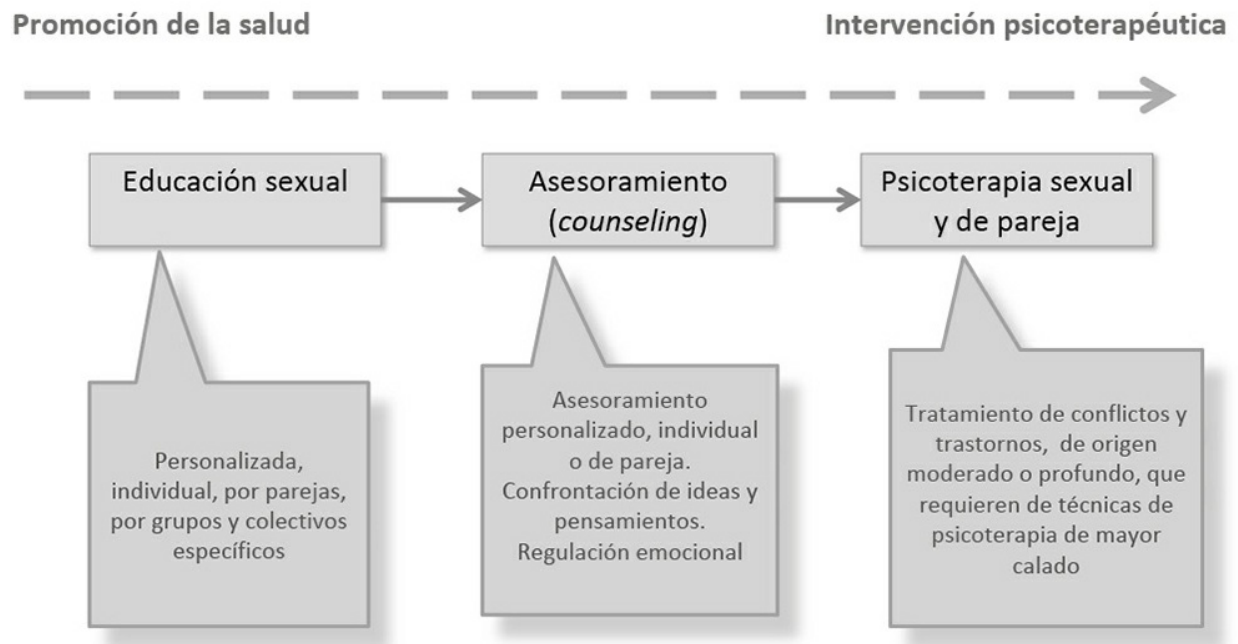


Gráfico 15. Continuo de intervención en el ámbito de la sexualidad humana.

CAPÍTULO 5

HACIA UN NUEVO ENFOQUE EN PSICOTERAPIA SEXUAL

Antes de nada, quiero ponderar el título de este capítulo. Sería demasiado pretencioso por mi parte pretender proponer un nuevo modelo en terapia sexual. Nada más lejos de mi intención. Además, ello significaría considerar obsoletas las principales propuestas teóricas y prácticas de importantísimos autores y profesionales en este campo. Al fin y al cabo, el conocimiento se construye por la acumulación y decantación de reflexiones teóricas, investigación empírica y praxis profesional que proceden de diversas disciplinas. Sin embargo, ello no es óbice para valorar críticamente algunos enfoques actuales y saludar la llegada de nuevos desarrollos que, sin duda, permiten enriquecer y hacer evolucionar los modos de intervención en el ámbito de las dificultades sexuales de las personas con las que trabajamos.

Los avances propuestos por los modelos que hemos visto, tanto de respuesta sexual como de modos de intervención terapéutica, hicieron posible la aparición de nuevas propuestas, conformando modelos de intervención terapéutica bajo la denominada «nueva terapia sexual». Los modelos propuestos por Masters y Johnson (1970) y Kaplan (1974, 1979) siguen siendo en la actualidad una referencia básica.

Estos modelos parten de una visión biomédica, conforme a la formación de sus autores, y por ello responden a la lógica de la denotación de los signos y síntomas, organizados en síndromes que se prejuzgan como disfuncionales, puesto que la función incuestionable es la respuesta sexual humana. En consecuencia, se establece una terapéutica diseñada para revertir los síntomas y recuperar la funcionalidad (Lanas, 2015).

Sin embargo, numerosos expertos en el ámbito de la psicoterapia sexual ponen de manifiesto que la experiencia erótica y sus dificultades no pueden reducirse a un modelo estrictamente bio-médico. Desde esta perspectiva, lo

funcional se refiere a la actividad intacta de la «función reproductiva», es decir, del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, deseo, excitación y orgasmo, siendo lo disfuncional lo referido a las alteraciones producidas en cada una de las fases, de ahí que se enuncien como trastornos de la fase del deseo, de la fase de excitación y de la fase de orgasmo. Como vemos, el foco se centra en las conductas observables y la función sexual es equivalente a la función digestiva, respiratoria o circulatoria.

Desde esta perspectiva, probablemente los resultados de las intervenciones terapéuticas son limitados y muchas de las limitaciones pueden deberse a cuestiones epistemológicas de base (Lanas, 2015).

Una visión crítica de la evolución de los formatos en terapia sexual ha sido desarrollada por David Schnarch (2000). Según este autor, el resultado del conocimiento teórico y empírico fruto de los estudios a lo largo del siglo xx acerca de la respuesta sexual forman parte de lo que él considera planteamientos (tratamientos) de «primera generación», cuyos principios se resumen a continuación:

1. El deseo sexual es una función natural. Forma parte de la propia naturaleza humana forjada a lo largo de la evolución de las especies.
2. El deseo sexual es un impulso biológico. En consonancia con el primer principio, el deseo sexual está inscrito en las programaciones genéticas expresadas a través del sistema nervioso central y regulado por el resto de sistemas biológicos.
3. El deseo sexual se equipara al deseo de tener actividad sexual, más que al deseo de interacción con la pareja. Se concibe, por tanto, como la motivación que hace posible la respuesta a estímulos eróticos que son interpretados por el cerebro como «sexuales», provocando de ese modo el inicio de la respuesta sexual, es decir, la excitación y el orgasmo.
4. El deseo sexual es considerado como la iniciación de la receptividad. Tal y como indica Schnarch, muchos clínicos consideran que el deseo es el consentimiento para comenzar la actividad sexual (el impulso inicial) más que la emoción erótica que alimenta toda la actividad sexual.
5. Se considera el deseo sexual como una fase de la respuesta sexual. En

congruencia con los principios anteriores, y desde una perspectiva biologicista, se considera como una fase del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.

6. Las dificultades con el deseo tienden a considerarse como «deseo sexual inhibido». Ello tiende a ocurrir porque se presupone que existe un estándar de deseo sexual de referencia a partir del cual se determina la incidencia de este en términos cuantitativos. Esta apreciación es coherente con los puntos 1 y 2.
7. Se analiza el deseo sexual como una cuestión individual (perspectiva endogenista). Las características y el diagnóstico de las dificultades del deseo sexual seguirían esta pauta.
8. Énfasis en la patología. Siguiendo el paradigma del modelo clínico médico, las variaciones acerca del modo de vivir la experiencia del deseo sexual son vistas desde la perspectiva clínica, que determina lo que se considera funcional y disfuncional, en relación con el rendimiento biofisiológico (respuesta sexual), su organización (orientación del deseo sexual) y sus contenidos (imaginario erótico).
9. Se estima que las dificultades sexuales en el plano individual y/o compartido son interpretadas como un bloqueo de la función sexual, siendo esta definida por lo que culturalmente se estima como funcional porque ello define el concepto de *disfunción*. Los distintos modelos de respuesta sexual, como hemos visto en el capítulo 2, consideran que la función sexual consiste en el recorrido intacto a través de las fases que constituyen el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución, en Masters y Johnson (1966), y deseo, excitación y orgasmo, en Kaplan (1974).

En la actualidad, tanto la consideración de las llamadas disfunciones sexuales como la fundamentación de las principales propuestas terapéuticas asumen los principios anteriores. Por tanto, se podría considerar que forman parte de este grupo de primera generación.

Los resultados o la eficacia de los modelos de terapia sexual, basados en estos principios, estarían por ver. Todo depende de los objetivos terapéuticos que se planteen y de los niveles de intervención²⁴.

Un empirismo positivista mal entendido, aplicado a los paradigmas psicológicos actuales, tiende a reducir el comportamiento humano a meras conductas observables. Por ello, se tiende a pensar que solo existe aquello para lo que se obtiene evidencia empírica²⁵, sin considerar que los instrumentos de medida utilizados en psicología para tal fin son claramente limitados. Esta manera de entender el comportamiento humano tiende a ignorar fenómenos importantes que no pueden ser medidos ni tasados, no porque el fenómeno no se produzca, sino porque los instrumentos disponibles son excesivamente rudimentarios y los marcos teóricos altamente reduccionistas. Recordemos que la mayoría de los instrumentos se basan en escalas tipo Likert y que la validación de los mismos responde a una suerte de ingeniería estadística. Por ejemplo, se tiende a dar mayor importancia al peso correlacional que un ítem concreto tiene en el conjunto de la escala que al contenido cualitativo del mismo, de modo que alegremente se descartan aquellos que empeoran el índice alfa de fiabilidad, sin analizar previamente el contenido cualitativo de tal ítem. Los análisis confirmatorios generan innumerables paradojas entre la significación estadística de un determinado ítem y el contenido cualitativo del mismo, siendo así que la resolución de la contradicción no está en manos de los metodólogos, en el orden de lo matemático, sino en las de los expertos, en el orden del conocimiento psicológico, aunque ello, en ocasiones, brille por su ausencia. En cualquier caso, los ítems que miden dimensiones psicológicas pueden estar correctamente seleccionados en el orden matemático. La cuestión que deberíamos plantearnos críticamente es si los que no entran en las escalas no lo hacen porque no responden a la coherencia interna de lo que se pretende medir, o porque la carga subjetiva no consciente de su contenido provoca respuestas dispares en los sujetos de modo que acaban no correlacionando con el conjunto de la escala, siendo descartados en lo sucesivo. Esta es la gran duda que encubre la posibilidad de que la metodología no sea capaz de llegar a aspectos ciertamente relevantes de la psicología humana, generando fuertes sesgos respecto a lo que la técnica puede y no puede medir. Ello condicionaría los resultados de la investigación y algunos postulados de la evidencia empírica tal y como se formula.

Desde el punto de vista tecnológico, es posible que los instrumentos de

medida —tipo pletismógrafos, ecografías, *doppler*, registros psicofisiológicos, etc., así como la tecnología farmacológica— hayan evolucionado considerablemente en los últimos tiempos. No seré yo quien dude de su utilidad en muchos casos. La cuestión está en el lugar que ocupa la tecnología y el modelo biomédico en la comprensión de las dificultades humanas en la experiencia erótica. En todo caso, el volumen de conocimiento adquirido en este campo debería estar al servicio de una interdisciplinariedad hoy por hoy utópica.

La siguiente anécdota ilustra bien esta reflexión. Un hombre de mi entorno profesional se dirige a mí reconociéndome experiencia en este campo y me comenta: «Tengo problemas sexuales. He pasado una época con dificultades de erección. Acudí al médico y me recetó el medicamento indicado para este problema. Funcionó. Recuperé las erecciones, pero... sigo teniendo problemas. Ahora ya tengo erecciones, pero ¿qué hago con ellas? ¿Por qué sigo sintiéndome insatisfecho?».

Esta anécdota resulta bastante ilustrativa. Es evidente que el problema de este hombre estaba en otro lugar. El diagnóstico de su dificultad y su tratamiento respondieron a un enfoque clínico-médico. Sus responsables lo consideraron un «éxito terapéutico» y este resultado engrosaría el criterio de «evidencia empírica». Sin embargo, nada ocurrió que ayudase a esta persona a comprender lo que realmente le sucedía.

Lejos de dejar de considerar la importancia de la «evidencia» de los resultados en psicoterapia, es lícito, sin embargo, cuestionar el modelo actual de «tratamientos basados en la evidencia» en el ámbito de la psicología. Si «terapia» se relaciona con «cambio», su objetivo consiste en hacer posible que dichos cambios sucedan. Por consiguiente, es preciso hallar evidencia de que estos se producen. Si el proceso terapéutico genera cambios cualitativos en la experiencia de las personas, estos deberán ser evaluados cualitativamente. La evidencia obtenida, tanto de los procesos como de los resultados, deberá ser cualitativa, así como la metodología para objetivarlos. Desde esta perspectiva, el estudio de narrativas, relatos e historias de vida, de documentos elaborados como parte del proceso psicoterapéutico adquieren especial relevancia (Lanas, 2015).

La evaluación basada en metodología cualitativa podría aportar evidencia

científica de eficacia valiosísima y determinante en los tratamientos, pero está poco considerada en términos científicos. Recordemos que estamos en la época dorada de los instrumentos validados, cuyo cuestionamiento suele ser interpretado automáticamente como una herejía científica. Por ello, la comprensión del comportamiento sexual tiende a reducirse a meras conductas observables, porque solo ellas pueden ser medidas de modo objetivo.

Desde esta perspectiva funcionalista, se consideran las dificultades sexuales a partir de los síntomas fisiológicos manifiestos. Esta visión enfatiza aquello que explica la función, determina lo que es funcional y, en consecuencia, define lo que se estima disfuncional. Este es el planteamiento que Schnarch considera como una primera generación, basado en los principios que se han definido anteriormente.

Con el propósito de avanzar hacia la superación de algunos corsés que pueden limitar la comprensión de las dificultades sexuales, Schnarch propone una nueva fundamentación, cuestionando los principios anteriores y proponiendo nuevas formas de aproximación a la experiencia erótica en el ámbito de las parejas. Ello le lleva a formular la necesidad de entrar en nuevos planteamientos que constituirían una segunda generación cuyos principios serían los siguientes (Schnarch, 1991):

1. El foco de la actividad sexual se sitúa en la vivencia misma del deseo erótico durante la experiencia, no solo como una mera motivación que inicia la actividad sexual.
2. Se pone de relieve el deseo por la pareja, entendiendo por ella la persona objeto de deseo erótico, más que el deseo por la actividad sexual. Es decir, se valora más el deseo por vivir con intensidad la experiencia erótica que el deseo por el rendimiento sexual.
3. Se valora el deseo erótico como una elección consciente, un deseo libremente comenzado, y no solo como un impulso biológico o una función natural.

El primer principio indica que es más pertinente considerar la «experiencia erótica», es decir, aquello que se está viviendo con intensidad, y no solo las conductas sexuales en sentido estricto. La experiencia erótica se

refiere a un conjunto de emociones, sentimientos, objetivos y expectativas que se experimentan como un todo. Incluye y se expresa a través de conductas sexuales, pero no puede reducirse a estas.

El segundo principio hace referencia al carácter interactivo e intersubjetivo del deseo erótico. Se refiere a la necesidad de conectar, de entrar en contacto con la pareja, sea estable o no. La satisfacción sexual y de pareja dependería de la calidad del vínculo y, como se analizará más adelante, en la relación intersubjetiva dentro del sistema, donde la comunicación, en especial la no verbal, el cuerpo, la identidad y la expresión emocional, adquieren una importancia decisiva.

El tercer principio se refiere a que el deseo erótico parte del propio yo y está mediatizado por él. Por ello, el deseo erótico no puede reducirse a mero impulso biológico y a conductas observables. La reducción a estas de la experiencia erótica se corresponde con una visión endogenista. La experiencia erótica, sin embargo, responde a una perspectiva intersubjetiva. Se entiende por tal la relación interpersonal que surge de la interpretación subjetiva por parte de cada miembro de la pareja de lo que ocurre en el espacio compartido, como veremos más adelante. La construcción cultural, en un contexto sexista, basada en la asunción de que el deseo sexual es solo un impulso biológico que necesita una satisfacción inmediata, probablemente está en la base de las agresiones sexuales.

Considerando los principios que sustentan el enfoque de segunda generación²⁶, se ponen de manifiesto dos grandes dimensiones a tener en cuenta:

- a) La importancia de la estructura del yo como centro a partir del cual surge toda interacción. La calidad de las relaciones interpersonales en general, y de pareja en particular, depende en gran medida de la capacidad de diferenciación del yo como una entidad autónoma en relación con los demás.
- b) La intimidad como lugar donde se comparte un espacio psicológico común. La capacidad para la intimidad depende de la seguridad del apego y de una diferenciación suficiente del yo. La inseguridad activa diferentes tipos de defensa que impiden el acceso a ella, como se ha

explicado en el punto 1.5 del capítulo 1, en el que se desarrollan los principios generales de la teoría del apego. Una profundización mayor se encuentra en Gómez-Zapiain (2009).

Estos principios marcarían el ámbito de una nueva aportación en el modo de comprender las dificultades sexuales. Ello supondría un avance en las propuestas de tratamiento de las dificultades sexuales y entraríamos en planteamientos de segunda generación, caracterizados por propuestas terapéuticas integradoras de los diferentes ámbitos de la psicología.

El modelo del quantum propuesto por Schnarch, descrito en el punto 2.4.1, recoge estas dos dimensiones; la teoría del apego puede enriquecer su desarrollo, tal y como veremos después. La teoría del apego es uno de los marcos teóricos con mayor capacidad de integración de otros enfoques, que cuenta con una gran cantidad de aportaciones tanto teóricas como empíricas, como ya se ha indicado en el capítulo 1.

Desde esta perspectiva, la estructura del yo se compone de representaciones mentales que forman modelos operativos internos que regulan todas las interacciones interpersonales, especialmente las de mayor proximidad psicológica, expresados en términos de seguridad/inseguridad. Por otra, la confortabilidad en el espacio de la intimidad depende, en gran medida, de la seguridad básica desarrollada a lo largo de la historia socioafectiva, la cual hace posible el bienestar, la confianza, la relajación en el espacio íntimamente compartido.

En este sentido, la experiencia erótica se desarrolla en un contexto de proximidad psicológica en el que convergen el deseo erótico y la vinculación afectiva, que interactúan entre sí, bien potenciando de forma extraordinaria las reacciones fisiológicas propias de la respuesta sexual, bien interfiriéndose gravemente, dando lugar a las dificultades propias de esta (Gómez-Zapiain, 2009). Recordemos que el miedo a la intimidad se expresa por miedo a la pérdida o abandono o por temor a la desintegración del yo.

El modelo biomédico, quizá sin pretenderlo, plantea una escisión entre la función sexual expresada en términos de respuesta sexual y toda la estructura mental responsable del mundo afectivo emocional de las personas, como si se pudiese tratar las dificultades sexuales sin considerar la permanente

influencia e interacción entre los dos ámbitos.

En consecuencia, podríamos considerar un nuevo enfoque de terapia sexual basado en principios de segunda generación, caracterizado por una visión sistémica e intersubjetiva, que sitúe el foco de atención en la experiencia erótica y sus correspondencias en emociones y comportamientos.

En esta misma línea de pensamiento, Peggy Kleinplatz (2001), después de revisar las aportaciones de los principales autores, propuso en su momento algunas líneas de desarrollo para el futuro de la terapia sexual, que podríamos integrar en nuestra propuesta.

Según esta autora, la terapia sexual no debería centrarse solo en la desaparición de los síntomas de las disfunciones sexuales, puesto que estos, en general, remiten a estructuras centrales de personalidad o a dificultades de comunicación en el sistema en el que se producen.

Considerada la terapia sexual desde una perspectiva de segunda generación, las dificultades sexuales pueden aportar oportunidades para producir cambios profundos en la pareja y en las personas que la componen.

La terapia sexual suele consistir en las intervenciones que el terapeuta realiza en el usuario, centradas en los síntomas o conductas disfuncionales, pero debería ser concebida como la forma en que el terapeuta le ayuda a movilizar los recursos que este ya posee para afrontar sus dificultades.

Los trastornos del deseo erótico, las parafilias y las disfunciones sexuales deben ser valorados en el contexto en el que aparecen como problemáticos y han de ser comprendidos en relación con la estructura psicológica general, es decir, en relación con la entidad que el yo de la persona constituye, o dicho de otro modo, en relación con su identidad.

Es difícil comprender la terapia sexual sin sus bases psicoterapéuticas. La formación en psicoterapia resulta imprescindible para desarrollar una terapia sexual eficaz. Hablamos de psicoterapia sexual, es decir, de la resolución de los conflictos que subyacen, mantienen y explican la queja. Otra cuestión es que «terapia sexual» se entienda y se confunda con otras formas de intervención, como la educación sexual o el *counseling*.

Las soluciones técnicas pueden ser útiles para el tratamiento de las dificultades. Sin embargo, de cara a ayudar a las personas y parejas a alcanzar un desarrollo sexual óptimo, se necesitan métodos innovadores que hagan

posible el despliegue del potencial erótico.

5.1. Perspectiva sistémico-intersubjetiva en terapia sexual

Como ya hemos indicado, las alteraciones en el comportamiento sexual de las personas, así como en otras dificultades psicológicas, pueden analizarse desde una perspectiva endogenista o sistémica. La primera centra su atención en el origen endógeno de las mismas, es decir, causas intrapsíquicas, orgánicas o ambas estarían en la base de los comportamientos disfuncionales, mientras que la segunda se refiere al origen relacional de las mismas, es decir, aquellas que se producen como consecuencia de la ansiedad causada por las interacciones dentro del sistema de relación interpersonal, considerando que los miembros del sistema se comunican desde sus respectivas subjetividades. Como es obvio, las dificultades sexuales pueden compartir ambos orígenes, pero aquí queremos subrayar el enfoque prioritario del que se parte para su interpretación.

Desde la perspectiva de la teoría del apego, resulta falaz mantener esta división entre lo endógeno y lo relacional, puesto que no se puede entender el desarrollo y la conciencia del yo sin su entorno relacional. Esta división, en todo caso, tiene valor didáctico en la medida en que ayuda a discernir el espacio individual del relacional, considerando inmediatamente que uno hace referencia permanente al otro. Este discernimiento tiene valor en el proceso terapéutico, puesto que nos permite identificar el espacio desde el que se está interviniendo.

Por ejemplo, una persona podría sentir que el deseo erótico pierde intensidad en la experiencia erótica vivida, porque le resulta difícil impedir evocar la sensación de que no está cumpliendo con la expectativa que el otro tiene respecto a él o ella. Tal sensación de incompetencia se produce en la interacción con la otra persona, no en una situación cualquiera, sino en el arriesgado espacio de intimidad. Es decir, podríamos decir que la dificultad se produce como efecto de la relación. Sin embargo, la sensación que altera la libre expresión del deseo erótico proviene de una interpretación subjetiva de lo que está ocurriendo, como resultado de la intervención de los modelos operativos internos que filtran la realidad. Recordemos que los estilos de

apego se generan a partir del modelo de uno mismo (autoestima) y del modelo de los demás (confianza).

Por tanto, el modelo que aquí se propone es sistémico e intersubjetivo. Es sistémico porque considera que las dificultades sexuales se manifiestan en un espacio compartido y pueden surgir como efecto mismo de la dinámica del sistema de relación interpersonal, la pareja, sea estable o no. Incluso cuando el origen de la dificultad es endógeno respecto a cualquiera de sus miembros, esta se expresa y circula en el sistema de relación establecido.

Por ejemplo, un hombre podría quejarse de sentir que su orgasmo es prematuro, teniendo la sensación de que no lo puede controlar (eyaculación precoz, en las taxonomías habituales). Aunque la etiología pudiese ser claramente endógena, bien de origen psicógeno u orgánico, sin embargo tiene un efecto evidente dentro del sistema de pareja. Por un lado, la vulnerabilidad de él dependerá de su autoconcepto y autoestima y se verá interpelado en la relación con la pareja, es decir, en el sistema. Él podría hacer las siguientes atribuciones: «Todo hombre debe lograr el orgasmo de su pareja en el coito, yo no lo consigo, ella pensará que soy un incompetente», o «Cuanto más me empeño en dar la talla, antes se me dispara el orgasmo». Por otro lado, el efecto de esta dificultad dependerá de la interpretación que ella haga en función de las atribuciones que otorgue a esta dificultad. Tales atribuciones pueden ser de este tipo: «Mi insatisfacción sexual procede de su incompetencia», «Yo no llego al orgasmo porque él no aguanta lo suficiente». Otra persona con esta misma dificultad, pero con un perfil claramente evitativo, podría centrarse exclusivamente en su propio orgasmo, sin captar en absoluto el estado emocional de la otra persona, por falta de empatía.

De este modo, la expresión de uno (emoción, cognición y comportamientos que se ponen en juego) está condicionada por las atribuciones previas e incide en el otro²⁷, quien responde emocionalmente, hace sus propias atribuciones y se comporta de una determinada manera. Esta reacción vuelve a él en forma de comunicación verbal y no verbal, explícita o implícita, que, a su vez, interpreta, siente y actúa, cerrando de este modo la relación circular que tiende a mantener situaciones conflictivas.

En relación con los formatos terapéuticos, desde una perspectiva

sistémica, Hertlein, Weeks y Gambescia (2009) hacen una valoración crítica en el siguiente sentido: la mayoría de estos formatos consideran la pareja como unidad de tratamiento, por ejemplo, Masters y Johnson (1970), Kaplan (1974, 1979) o Leiblum y Rosen (2007), pero en realidad no lo plantean desde una perspectiva sistémica. Masters y Johnson consideran que uno de los miembros es portador de la disfunción. Se refieren a la pareja como el otro «no implicado». Del mismo modo, Leiblum y Rosen (1989) consideran la pareja como un informante sin cuya información privilegiada no se alcanzarían resultados terapéuticos. Por otro lado, el otro miembro de la pareja sería un sustituto o un aliado del terapeuta, especialmente si se utilizan prescripciones como recurso terapéutico. En general, estas aportaciones no son sorprendentes, puesto que, de una manera más o menos explícita, responden a los principios de primera generación, descritos anteriormente.

La perspectiva sistémica considera el «sistema de pareja» como una unidad de tratamiento, de modo que se trasciende la visión clásica de considerar a un miembro como portador de los síntomas y al otro como informador privilegiado o sustituto del terapeuta en las tareas para casa. De este modo, tal y como indican los autores citados:

1. Los problemas sexuales se pueden reflejar en diferentes niveles de la dinámica del sistema de pareja, que oscilarían entre la falta de comunicación y los problemas con la intimidad.
2. Es necesario comprender la dinámica del sistema de pareja para incardinar adecuadamente los problemas sexuales en su conjunto.
3. Deben tenerse muy presentes los factores inconscientes en el sistema de pareja que pueden impedir o sabotear el avance hacia la resolución de las dificultades sexuales planteadas. Un síntoma sexual en concreto puede, paradójicamente, estar sujetando el equilibrio precario de una pareja, de modo que el sistema se resiste al cambio. Si se plantea que el objetivo terapéutico principal consiste en la eliminación indiscriminada del síntoma, se corre el riesgo de fracasar con la terapia, en el mejor de los casos, o de desmoronar el equilibrio que todo sistema requiere, en el peor.
4. Por tanto, el problema sexual puede ser inconscientemente mantenido

por el otro miembro.

5. Por consiguiente, un problema sexual en un miembro de la pareja puede estar enmascarando un problema sexual o relacional en el otro.

El análisis sistémico de las dificultades sexuales permite observar que la propia dinámica explicaría la producción de la ansiedad debida a distorsiones cognitivas y conductas asociadas. Las preguntas obvias que habría que plantear son: ¿cuál es el origen de la distorsión cognitiva?, ¿cuáles son los argumentos teóricos que podrán explicar niveles más profundos de comprensión del fenómeno? Sin duda, la teoría del apego aporta claves importantes.

El modelo que proponemos es intersubjetivo porque una visión sistémica no puede quedarse en el análisis de la dinámica del sistema y en un simple reconocimiento de cogniciones y comportamientos asociados, salvo que se decida intervenir solo en este nivel²⁸, sino que debe ser complementado con una dimensión de mayor profundidad que trata de responder a los mecanismos más profundos de la dinámica de la comunicación interpersonal. Para ello, el concepto de intersubjetividad en las relaciones interpersonales, desde una perspectiva holística del desarrollo humano, nos permite ahondar en ello. Como decíamos en el inicio de este punto, la intersubjetividad nos remite a la individualidad de la persona, inevitablemente «en relación con».

Este modelo propuesto es intersubjetivo porque subraya la importancia de la expresión del deseo erótico en el ámbito de la intimidad, donde la activación de la respuesta sexual, expresada en conductas sexuales, adquiere significados subjetivos procedentes de cada miembro de la pareja, que se transmiten a través de los canales propios de la comunicación intersubjetiva²⁹. La experiencia erótica es, por su propia naturaleza, una realidad eminentemente psicosomática. No podemos reducirla al ciclo fisiológico de respuesta sexual, como si se tratara de una mera respuesta biológica a estímulos sexuales. Los reflejos propios de esta (vasodilatación, vasocongestión, lubricación, erección, contracciones orgásmicas) son dotados de significados emocionales en la medida en que forman parte de un diálogo entre las personas que lo comparten.

¿Qué interés tiene la comprensión de la intersubjetividad, en relación con

la terapia sexual y de parejas? Para responder a esta pregunta me remito al capítulo 1 de este libro.

Los modelos operativos internos se forjan en los primeros años de la vida, forman parte de la estructura del yo y se mantienen como tendencias a lo largo del ciclo vital. Además, sabemos que se transmiten intergeneracionalmente (Cassidy, Kirsh, Scolton y Parke, 1996; Delgado, Oliva y Sánchez-Queija *et al.*, 2011). De ello podemos deducir que la calidad de la experiencia dependerá, entre otras cosas, de la calidad de las relaciones intersubjetivas en la historia socioafectiva.

Como se indicó, los elementos básicos para una comunicación adecuada se hallan en la intersubjetividad primaria, donde se desarrollan las pautas básicas de comunicación no verbal —expresada en gestos, miradas, contactos— y la conexión cerebral que hace posible la sintonía relacional. La intersubjetividad secundaria permite reconocerse mutuamente para dotar de un significado conjunto a una experiencia compartida. Todo ello se ha ido fraguando, para bien o para mal, a lo largo de la biografía, especialmente en los primeros años.

La intersubjetividad es probablemente un elemento clave en la comprensión de las dificultades sexuales desde la perspectiva defendida en este texto. Si focalizamos la satisfacción sexual en la calidad de la experiencia erótica y no en el rendimiento de la actividad sexual, entonces la capacidad de comunicación es decisiva.

El espacio de intimidad que se crea en torno a la experiencia erótica reproduce de algún modo las experiencias tempranas donde se forjó el desarrollo del yo en la relación con los otros significativos y las capacidades de comunicación. Recordemos que la intersubjetividad primaria consiste en reconocerse en el otro a través de un conjunto de signos, señales y sentimientos (protoconversación). En ese momento inicial, el contacto físico, las caricias o los gestos son de una gran relevancia, porque marcan el modelo de intimidad y confianza, y la calidad de la experiencia sensorial que se pondrán en juego en la vida adulta, en el contexto de la comunicación erótica íntima. Sin embargo, la comunicación adquiere un nivel superior cuando, reconocidos el uno en el otro, se es capaz de dar significados conjuntos a un objeto, a una experiencia. Por consiguiente, la experiencia erótica gana en

calidad si las caricias, los besos o cualquier forma de estimulación sexual que se intercambian están al servicio de algo que tiene sentido y significado para ambos actores, y no solo al servicio del logro de la descarga de la tensión sexual individual, siendo esta absolutamente legítima.

Si se pone el foco en el rendimiento, se observarán contracciones musculares, reacciones orgásmicas, tiempos de reacción. Si se pone el foco en la experiencia erótica, se atenderá al relato que la persona formula respecto al modo en que vive esas experiencias en concreto y al significado atribuido a las mismas que los actores son capaces de compartir en el espacio de intimidad. Como es obvio, este significado compartido no es necesariamente consciente. En la base de muchas de las dificultades sexuales en el ámbito de la pareja se hallan distorsiones en la comunicación intersubjetiva entre sus miembros.

Tal vez la habilidad consiste en integrar la experiencia individual de la dinámica del deseo sexual y sus correspondencias en comportamientos (respuesta sexual), con los significados otorgados a la experiencia que se comparte, donde ambos actores son cómplices el uno del otro. No estoy proponiendo un modo ideal de relación sexual y mucho menos pretendo hacer juicios de valor al respecto. Sin duda, las expectativas respecto a la experiencia erótica en una pareja estable no son las mismas que en una pareja circunstancial.

El deseo erótico impulsa al individuo al contacto con el otro/a. Es decir, la satisfacción sexual se alcanza en la proximidad de los cuerpos, y también de las mentes. Ello supone proximidad psicológica, espacio psicológico compartido, intimidad. Esta situación activa los modelos operativos internos que regulan las relaciones interpersonales, especialmente las de mayor proximidad psicológica. La seguridad del apego dota a las personas de capacidad para manejarse en esta situación de exigencia relacional (Gómez-Zapiain, 2009). La intersubjetividad permite una comunicación armónica. La calidad de la experiencia va a estar íntimamente relacionada con la capacidad de reconocer el estado mental propio y de la persona con la que se comparte³⁰. A su vez, la capacidad de comprender los comportamientos propios y ajenos en términos de estados mentales se relaciona directamente con la capacidad de mentalización que describimos en otras partes del texto.

La intersubjetividad es clave para comprender este proceso. La inseguridad en el apego puede distorsionar la percepción del espacio psicológico compartido, la intimidad erótica, percibiéndolo como un espacio amenazante: «Si permito que alguien entre en el espacio de mi intimidad, se va a dar cuenta de que no valgo la pena, y por tanto me abandonará». Las defensas ante la angustia del abandono son inevitables y están en la base de algunas dificultades sexuales.

Desde la intersubjetividad destacamos varios conceptos muy útiles para la terapia sexual, descritos en el capítulo 1.

- *Sintonía relacional*: se define por la concordancia entre las emociones, los pensamientos y los comportamientos de las personas que están intersubjetivamente conectadas. No cabe duda de que es necesaria esta capacidad para el desarrollo del potencial erótico. Si la sintonía relacional es importante en las relaciones generales de intimidad compartida, es particularmente interesante en la intimidad erótica, donde las personas suelen sentirse más vulnerables, de modo que las defensas pueden activarse con mayor facilidad. Este es un ámbito de trabajo terapéutico.
- *Comunicación no verbal*: los gestos, las caricias, las miradas y las señales de todo tipo son tan importantes como la comunicación puramente verbal. La receptividad hacia las señales está mediatizada por los modelos internos, cuyas representaciones en este sentido nos transportan a los primeros momentos vitales en relación con la calidad de la respuesta sensible de los cuidadores que, sin duda, se reproducen en la actualidad. Los modelos internos responsables de la inseguridad básica, expresada en tendencias hacia la evitación o la ambivalencia, filtran la percepción de la realidad, de modo que gran parte de las señales de comunicación no verbal no llegan a sentirse. Una mujer en proceso terapéutico decía en la sesión: «No se entera, no se entera, por más señales que le envío, por mucho que me insinúe, por mucho que le acaricie, que le hable dulcemente, por más intentos que hago de mostrarme cariñosa, seductora y sexi, no se entera. Parece como que el preservativo no solo le enfundase el pene, sino todo su cuerpo».

- *Corporeidad*: como se ha indicado en el capítulo 1, Damasio (1994) subraya la dependencia entre la mente y la totalidad del cuerpo. Citando de nuevo a Diamond (2001): «la comunicación intersubjetiva es corpórea y tiene concomitantes psicológicos y neurofisiológicos. Lo que podríamos llamar intersubjetividad corpórea es crucial para el desarrollo emocional. Es fundamental en la infancia, pero tiene importancia a lo largo del ciclo vital». Cuando se habla de estimulación física en el modelo del quantum, no se puede reducir esta a meros estímulos y respuestas sensoriales. Por tanto, la calidad de la experiencia erótica depende de la capacidad de integrar el cuerpo en el conjunto de la comunicación intersubjetiva, donde el cerebro puede conectar de forma natural con el cuerpo y donde la calidad de la experiencia probablemente se incremente en la medida en que el cerebro pueda interconectarse con la persona con la que se comparte erotismo.

5.2. Diferenciación, autonomía, intimidad

Uno de los pilares fundamentales del enfoque sistémico intersubjetivo se define por la importancia otorgada a la diferenciación del yo, que hace posible a) un yo seguro, coherente e integrado responsable de la autonomía personal y b) la permanencia en el espacio de la intimidad de un modo confortable.

En el capítulo 1 se ha destacado teóricamente la importancia de la autonomía, la diferenciación y la intimidad en la comprensión de la dinámica de la experiencia erótica en las parejas. En este punto retomamos estos conceptos como elementos clave para el desarrollo de un nuevo enfoque en terapia sexual, con el fin de continuar con la argumentación del punto anterior.

Conviene recordar que, desde la perspectiva de la teoría del apego, el yo se estructura en relación con los otros significativos. La tendencia a la proximidad con un adulto cuidador, la disponibilidad empática y la accesibilidad, logran un estado de seguridad básica, de seguridad sentida (Sroufe y Walters, 1977), utilizada como plataforma que hace posible la

exploración tanto del mundo exterior como interior. Por otro lado, la intersubjetividad establece los códigos y los canales de comunicación no verbal y verbal, decisivos tanto en el desarrollo personal como social. El sistema de apego genera seguridad, confortabilidad, protección y refugio en el espacio de la intimidad, y hace posible la proyección de la exploración, permitiendo el crecimiento personal, de particular interés en el mundo afectivo-sexual.

La intersubjetividad se relaciona con la capacidad de comunicación, permite conectar, sintonizar, dos cerebros en interacción. En este sentido, la neurobiología actual tiende a estudiar la interacción entre cerebros. Diamond y Marrone (2003) indican que esta comunicación directa entre cerebros, especialmente entre hemisferios derechos, regula los estados psicobiológicos y provee de la trama neurobiológica de la intersubjetividad. De este modo, experiencias interpersonales sensorio-somáticas quedan grabadas en la memoria procedimental. Esta memoria se localiza en el hemisferio derecho y se relaciona con los componentes no verbales de los modelos operativos internos. Así, diremos que la calidad de la percepción de las sensaciones eróticas que proceden del contacto corporal depende de la capacidad de comunicación intersubjetiva, o, dicho en sentido contrario, depende de la ausencia de defensas relacionadas con el miedo a la intimidad.

Desde otra perspectiva teórica, en su libro *El yo sexual* (1975), Offit afirmó: «el contacto afectivo entre la madre y el niño debe sentar las bases de la intimidad física posterior». Además, describe toda una tipología sexual dependiente de la historia de vinculación afectiva de los sujetos que coincide con las argumentaciones que la teoría del apego irá solidificando en los años posteriores a su publicación. De forma resumida, los argumentos de Offit son los siguientes:

- a) No se puede desarrollar la sexualidad sin tocar a los demás: el ser humano se genera cuando dos cuerpos se encuentran, friccionan, penetran...
- b) El ser humano nace muy indefenso y necesitado de continuos contactos para sobrevivir.
- c) El deseo sexual original es el de establecer contacto.

d) No solo el deseo sexual busca el contacto, sino que este provoca aquel.

Offit afirma:

Podemos formular la hipótesis sobre la privación de contacto físico en la infancia. Es muy probable que interfiera en la capacidad posterior de disfrutar de una sensación voluptuosa. Es posible que gran parte de nuestra incapacidad para acariciar y abrazar a los demás se deba a la insuficiencia de nuestra infancia.

Por otro lado, las relaciones interpersonales adultas dependen del grado de autonomía logrado a lo largo de la historia socioafectiva. Remito al punto 1.5, donde se definen las características de la diferenciación del yo. La autonomía personal se puede deducir del grado de diferenciación que cada ser humano alcanza.

Las personas bien diferenciadas son capaces de disfrutar de la intimidad y, al mismo tiempo, lo son de mantenerse en la unión con el otro sin que esta sea percibida como amenazante. Las personas con dificultades de diferenciación, cuando intiman, tienden a sentir que pueden ser engullidas por la otra persona. Tienden a sentir que su yo podría ser devorado por la propia relación de intimidad. Es como si los límites de uno mismo se diluyesen en la relación, perdiendo de este modo la conciencia de sí mismo. La relación de esta dinámica con el deseo erótico se pone de manifiesto en las dimensiones egocéntrica y aloécéntrica del mismo. Como veremos posteriormente, el deseo erótico posee una dimensión egocéntrica cuando se dirige a la satisfacción personal de las necesidades, deseos y aspiraciones, y muestra una dimensión aloécéntrica cuando el deseo erótico se dirige a la contribución decidida de la satisfacción sexual de la persona con la que se comparte. El desequilibrio de ambas dimensiones puede estar en la base del malestar sexual de las parejas; la terapia sexual debe restablecerlo.

La diferenciación es lo que permite a las personas participar e implicarse en el sistema relacional, bien sea de pareja, familiar o social, sin el temor de ser capturado por él (Schnarch, 1991).

La autonomía emocional, o diferenciación del yo, es esencial para la comunicación interpersonal en el espacio de la intimidad, y este puede llegar a ser muy amenazante en personas altamente dependientes por inseguras. Por tanto, la diferenciación del yo, la autonomía emocional y la comunicación en

el espacio de la intimidad son elementos imprescindibles en este enfoque propuesto, algo que deberá ser muy tenido en cuenta en la planificación de la terapia sexual.

5.3. Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de pareja

Tras haber explicado los conceptos básicos de la teoría del apego en el primer capítulo y hacer un recorrido sobre las aportaciones acerca de la dinámica del deseo erótico y los modelos explicativos de la respuesta sexual, así como una revisión crítica de los modelos de terapia sexual, en este punto resumiré, de modo más concreto, las aportaciones de la teoría del apego útiles para sustentar el enfoque sistémico-intersubjetivo. Pretendo aquí sintetizar e incidir en las aportaciones que la teoría del apego ofrece para la argumentación teórica de esta perspectiva. Recordemos que en el primer capítulo se han expuesto sus bases fundamentales, y que en el segundo se ha planteado el modelo del quantum y el concepto de potencial erótico que ahora retomamos.

Partiendo de los principios de segunda generación en la comprensión de las dificultades sexuales, utilizaremos el modelo del quantum propuesto por Schnarch (1991), con el fin de situar las aportaciones de la teoría del apego en el ámbito de la psicoterapia sexual.

Como se apuntó en el capítulo 2, el modelo del quantum indica que el nivel de activación erótica es igual a la estimulación física más/menos los procesos psicológicos. De esta ecuación podemos deducir, siguiendo a su autor, que la calidad de la experiencia erótica depende de la estimulación física, entendida como capacidad de percibir las sensaciones propioceptivas e interoceptivas placenteras del propio cuerpo, y de los procesos psicológicos, es decir, de la capacidad de experimentar sentimientos, sensaciones y emociones positivas en la experiencia erótica.

Según el autor citado, el desarrollo de la calidad de la experiencia erótica es un «potencial»³¹ que las personas pueden desarrollar libremente en función de su propia jerarquía de valores y objetivos en la vida. En su explicación, habría que diferenciar entre el interés por desarrollar al máximo el potencial erótico, la conformidad con un nivel «utilitario» de experiencia

erótica en el seno del sistema de pareja y el ámbito de las relaciones sexuales disfuncionales o conflictivas que generan sufrimiento³².

Partiremos del gráfico 16 para situar las aportaciones de la teoría del apego. El primer miembro de la ecuación indica la experiencia erótica. Se refiere al conjunto de emociones, sentimientos, sensaciones, objetivos y expectativas que se experimentan como un todo. Incluyen y se expresan a través de conductas sexuales, pero no pueden reducirse a ellas.

El segundo miembro de la ecuación está compuesto por dos términos: la estimulación física y los procesos psicológicos. El primer término se refiere a la estimulación de las conocidas como zonas erógenas, e incluye la calidad del contacto, la percepción de sensaciones y la intersubjetividad corpórea. Con anterioridad hemos hecho permanentes referencias a la importancia de la comunicación intersubjetiva y sus componentes, como la sintonía relacional, la corporeidad y la comunicación no verbal. La capacidad de percibir las sensaciones propias del placer erótico y la capacidad de dejarse llevar por ellas dependen de los filtros que proceden de los modelos internos. Es por esto por lo que el uso de la prescripción de ejercicios de focalización sensorial como una forma de aprendizaje tiene serias limitaciones si por detrás subsisten filtros que impiden la percepción de las sensaciones. La desconexión o la alteración de la percepción se interpreta como un modo de defensa, de tal manera que la consigna de repetir ejercicios de focalización sensorial tiende al fracaso. Existe un principio en psicoterapia que mantiene que cuanto más se presiona sobre la resistencia, más se fortalece esta. Como hemos indicado en otro lugar, lo valioso de la prescripción, en todo caso, es la detección de las resistencias, que permite tratarlas posteriormente.



Gráfico 16. Aportaciones de la teoría del apego a la comprensión de la experiencia erótica y terapia sexual.

El segundo término incluye los procesos psicológicos. Entendemos por tales todas las reacciones psicológicas en términos cognitivos y afectivo-emocionales que anteceden, acompañan, dan significado, incluyen objetivos y expectativas e interfieren en la activación y mantenimiento del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual humana.

Por tanto, la interacción entre los dos términos puede potenciar de forma extraordinaria la experiencia erótica o interferirla gravemente, tal y como se ha descrito en el capítulo 1, dando lugar a malestares sexuales de todo tipo, normalmente clasificados como disfunciones, lo que, en definitiva, es el objeto de trabajo de la psicoterapia sexual. De ahí que en la ecuación aparezcan los signos más/menos. Es decir, cuando la anticipación de la experiencia erótica activa emociones positivas, modelos vinculares previos seguros y confiados³³ de relación íntima, podemos hablar de «ansiedad positiva» (activación) que la alimenta y potencia. En este caso, suma. Sin embargo, cuando ocurre lo contrario, es decir, se activan modelos que denotan inseguridad y desconfianza, la experiencia erótica activa emociones negativas («ansiedad disruptiva») que la interfiere, pudiendo llegar a cristalizar en dificultades sexuales típicamente demandadas. En este caso,

resta.

Es precisamente en este segundo término de la ecuación en el que podemos incluir la mayor parte de las aportaciones de la teoría del apego, la cual ofrece ideas y conceptos de gran interés que se han desarrollado en la primera parte de este libro.

La pareja es un sistema de relación compuesta por dos personas vinculadas, portadoras de su propia psicología individual, cada una de las cuales se despliega en un espacio compartido. La calidad de la experiencia erótica dependerá, por un lado, de las capacidades relacionales individuales y, por otro, de la «conectividad» entre los miembros de la pareja.

El núcleo de todo ello se instaura en los modelos operativos internos que regulan la coherencia del yo y las relaciones interpersonales. Utilizando con la prudencia que requiere la metáfora del ordenador, los modelos internos vienen a ser como el sistema operativo que regula las relaciones interpersonales y las vinculaciones afectivas a lo largo de toda la existencia. Ello es especialmente relevante en el espacio de la intimidad, es decir, en el espacio de proximidad psicológica. Como bien sabemos, el sistema operativo de nuestros ordenadores debe ser mantenido, actualizado, protegido. Si esto no se produce, se corre el riesgo de que partes del sistema se corrompan e impidan ejecutar diversas funciones. Aparentemente nos puede parecer que el ordenador funciona con normalidad cuando desarrollamos las actividades habituales: procesar texto o datos, o navegar por internet. Solo cuando se le pide un rendimiento especial (por ejemplo, procesamiento de imágenes o vídeos), los programas pueden fallar, pues se solicita del sistema operativo elementos que son insuficientes o que están corruptos. Sirva la siguiente metáfora, tal vez demasiado simplista, para ilustrar el funcionamiento psicológico en el ámbito que nos ocupa.

Una persona puede «funcionar» normalmente en los diversos ámbitos de su vida. Sus modelos internos se lo permiten, por tanto, esta persona no referirá dificultades especiales en la adaptación a cuestiones vitales ordinarias, o dicho de otro modo, no observaríamos sintomatología especial. Sin embargo, cuando requerimos del sistema un esfuerzo especial, por ejemplo, la interacción con otra persona en el ámbito de la intimidad, entendida esta como proximidad psicológica, los elementos solicitados

pueden estar dañados, dando como resultado dificultades y conflictos. Siguiendo con la metáfora, del mismo modo que el sistema operativo se protege y repara con actualizaciones, ficheros que se graban sobre los dañados, etc., la psicoterapia consiste en lograr, a lo largo del proceso terapéutico, la integración de experiencias correctoras, nuevas representaciones mentales que corrigen o modifican aquellas que fueron grabadas en momentos anteriores a lo largo de la historia socioafectiva.

Recordemos que las representaciones mentales que componen los modelos internos generan expectativas que mantienen el conflicto expresado a través de comportamientos anómalos. La integración en el sistema de nuevas representaciones mentales a partir de la experiencia, que han sido incluidas después de un proceso de mentalización, supone experiencias correctoras que sustituyen representaciones anteriores, provocando cambios significativos en la relación antes conflictiva.

El bienestar con la intimidad depende fundamentalmente de la seguridad básica que, a su vez, proviene de la coherencia e integración del yo. Un yo estable y maduro produce un estado de seguridad básico que permite estar seguro y confiado en ese espacio de proximidad psicológica, lo que algunos autores ya citados denominan «seguridad sentida», un estado del ego. Un yo inestable, inseguro, hace que uno se sienta particularmente vulnerable en la intimidad.

En condiciones normales, la experiencia erótica se desarrolla en la intimidad; por tanto, revisaremos los conceptos que provienen de la teoría del apego, pues nos pueden ayudar a comprender lo que contribuye a una experiencia de calidad en las relaciones íntimas afectivo-sexuales para, con ello, comprender el posible origen de algunas dificultades sexuales.

El gráfico 17 integra los elementos que contribuyen a la confortabilidad en la intimidad desde un punto de vista sistémico. Tales elementos constituyen las principales aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual. Observamos en su parte central el espacio de intimidad en el que se desarrolla la experiencia erótica, en la que dos psicologías, dos estructuras psicológicas (A y B), convergen. La estructura psicológica de cada miembro de la pareja puede ser explicada a través del análisis de la base de seguridad, los modelos internos, la capacidad de respuesta sensible, la autonomía emocional y la

confortabilidad con la intimidad. A continuación se describen estos elementos, comenzando con un breve análisis de la estructura del yo.



Gráfico 17. Elementos que contribuyen a la confortabilidad en la intimidad.

La estructura del yo: un yo diferenciado en relación con otros

La teoría del apego explica que un yo seguro e integrado, adecuadamente diferenciado, permite resolver la relación entre la necesidad de autonomía y el reconocimiento de dependencia, es decir, el reconocimiento de la necesidad de confiar en personas significativas, siendo quizá la relación de pareja una situación privilegiada, aunque no la única. La autonomía personal es la expresión de la madurez e integración del yo. Solo desde esta es posible una relación segura y coherente con la otra persona en el espacio de intimidad (Erickson, 1968). La base de seguridad promueve la diferenciación del yo y de la autonomía. Estos elementos hacen posible la seguridad y confortabilidad en el espacio de la intimidad.

La solidez de la estructura del yo depende, por un lado, de la capacidad reflexiva y de mentalización y, por otro, de la capacidad de exploración, ambas situadas en la parte central del gráfico. Todo ello hace posible la exploración del erotismo y la satisfacción de necesidades eróticas propias y de la pareja. La serenidad surgida de la seguridad permite activar la atención, el yo atento³⁴ (Wallin, 2007), libre de defensas, que hace posible la exploración y el disfrute, y por tanto el desarrollo del potencial erótico.

Ante el planteamiento de dificultades sexuales, la psicoterapia sexual debería tener presente la secuencia descrita.

Estas afirmaciones son argumentos importantes desde la perspectiva de género, en la medida en que el desarrollo de la autonomía no se puede entender sino dentro del plano de la igualdad entre los sexos, basada en una relación simétrica de poder. Subrayan la importancia de la comprensión empática del otro solo posible en interacciones sincrónicas e igualitarias.

Considerar la importancia de la diferenciación del yo es clave en la comprensión de la dinámica de comunicación erótica de las parejas. Ya Wilhelm Reich, en su libro *La función del orgasmo*, indicaba la importancia de dejarse llevar, liberar la energía sexual, perder la conciencia en la experiencia del orgasmo, para llegar al *acmé*. Desde la perspectiva del apego, esto solo es posible desde un yo convenientemente diferenciado que permita neutralizar los miedos a la pérdida, al abandono o a la desintegración del yo, origen de las alertas, la hipervigilancia y las distorsiones perceptuales en el espacio de la intimidad.

Base de seguridad

Una adecuada historia socioafectiva responsable de la integración de representaciones mentales, caracterizadas por experiencias de confianza, seguridad y calidez con las personas significativas (figuras de apego), así como de consuelo y protección en momentos de aflicción, generan la base de seguridad. Podemos considerarla como la plataforma a partir de la cual se explora el mundo, tanto interior como exterior, a lo largo de todo el desarrollo. Ello está necesariamente relacionado con la función reflexiva del yo y la capacidad de mentalización. Por tanto, desde el punto de vista de la

psicoterapia, el reforzamiento de la base de seguridad, esencialmente a través del vínculo con el terapeuta, es fundamental.

Modelos operativos internos

Un yo estructurado y autónomo se sustenta en los modelos internos, *internal working model* en su versión original, que surgen de la integración de las representaciones mentales que se han ido acuñando a lo largo de la biografía, es decir, de la historia socioafectiva. Los modelos internos³⁵, a modo de sistema operativo en cibernética, regulan a lo largo de la vida todas las relaciones interpersonales, en especial aquellas surgidas en proximidad psicológica. Los modelos internos se expresan en estilos de apego, y como tales marcan tendencias hacia la seguridad o inseguridad. Como se ha indicado, las personas inseguras tienden a agruparse en ansiosas o evitativas, dependiendo del tipo de defensa que se emplee frente al miedo al abandono, la pérdida o la desestructuración del yo.

En el ámbito de la terapia sexual es imprescindible considerar los modelos internos de las personas que acuden a las consultas, bien de modo individual o en pareja. En el caso de las parejas, sabemos que la interacción de sus miembros explica la dinámica que mantiene los conflictos y los malestares.

Lo más interesante es comprender que los modelos operativos generan expectativas ante las situaciones ambientales que condicionan los comportamientos. Por ejemplo, la expectativa de una persona con una clara tendencia hacia la ansiedad radicarán en la previsión de que, haga lo que haga, será finalmente abandonada, ya que la intimidad es un espacio muy arriesgado en el que cualquier resbalón puede acabar con el aprecio y la confianza del otro. Ello le llevará sin remedio a un estado de hipervigilancia en la relación que puede bloquear otros procesos, como el fluir de la experiencia erótica a través del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. No es necesario insistir en la idea de que estos procesos no son necesariamente conscientes.

La relación terapéutica está marcada por la interacción entre el psicoterapeuta y las personas a las que pretende ayudar. Por tanto, este no puede dejar de considerar cómo actúan sus propios modelos internos en la

relación con sus clientes. Esta cuestión se desarrollará más adelante al tratar del papel del psicoterapeuta.

Respuesta sensible: se trata de la capacidad de responder de un modo sensible a los requerimientos emocionales de la otra persona. Para ello, es necesario tener la capacidad de reconocer el estado emocional de la otra persona y actuar en consecuencia. Este reconocimiento es esencial para que se produzca la proyección de la empatía. El enfoque sistémico intersubjetivo parte de los principios de segunda generación. Ello significa, en términos de terapia sexual, que el foco no se pone prioritariamente en la disfunción sexual, sino en la capacidad de comunicación intersubjetiva en la que es esencial la capacidad de respuesta sensible de modo bidireccional. En este sentido, es la pareja, sistémicamente hablando, la que redefine sus dificultades, sus expectativas y sus objetivos en relación con lo que les está pasando.

Dependencia/autonomía y diferenciación del yo

A lo largo del texto trato de desarrollar la importancia de las relaciones primarias en la génesis de los modelos de relación, de comunicación intersubjetiva, de intimidad y de contacto corporal en la terapia sexual. Por ello vale la pena insistir en el hecho de que el estado de intimidad requiere de un yo autónomo bien estructurado e integrado. Las personas bien diferenciadas son capaces de disfrutar de la intimidad y, al mismo tiempo, lo son de mantenerse en la unión con el otro sin que esta sea percibida como amenazante. Las personas con dificultades de diferenciación, cuando intiman, tienden a sentir que pueden ser engullidas por la otra persona. Tienden a disociar todo aquello que no pueden asumir.

La diferenciación del yo, la base de seguridad, la capacidad de respuesta sensible, la capacidad de leer adecuadamente los estados mentales propios y de la pareja, la capacidad de ofrecer soporte emocional a la pareja y la de solicitarlo en situaciones de aflicción, la capacidad de exploración, no solo del mundo externo sino también, y fundamentalmente, del interno, dependen de las experiencias vividas con los cuidadores primarios, fruto de la interacción contingente de los sistemas de conducta propios de ambos

(adulto-bebé). Ello supone la «grabación» en el psiquismo de engramas y representaciones mentales que configuran la estructura del yo, por un lado, y de la génesis de los modelos internos reguladores de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida, por otro.

De interés para la psicoterapia sexual es considerar que los modelos prototípicos de relación se establecen desde el inicio de la inserción del bebé en el ambiente de socialización. Fijémonos en esta secuencia: para una adecuada diferenciación del yo, es necesario que se produzca un modelo de intimidad, tanto física (contacto corporal) como psíquica (proximidad comprensiva de estados mentales) en las relaciones intersubjetivas primarias. Para una permanencia segura, confiada, autónoma y sensible en el espacio de la intimidad durante la etapa adulta es necesario un yo diferenciado. El modelo prototípico de intimidad en las primeras edades entre el bebé y la figura de apego será el modelo de referencia en las relaciones de intimidad en la vida adulta.

De ahí que en la cosmovisión del psicoterapeuta no puede faltar la consideración del sujeto y sus orígenes socioafectivos, considerando que en el modelo primigenio de intimidad se estructuran cuestiones muy importantes relacionadas con la experiencia erótica en la adultez, como la sintonía relacional a partir de la comunicación intersubjetiva y la calidad del contacto corporal. Como dice Félix López (2005), la intimidad entre el bebé y su figura significativa es el lugar privilegiado donde el niño/a aprende a tocar y ser tocado, a besar y ser besado, a sentir y ser sentido.

Confortabilidad con la intimidad

El bienestar con la intimidad, como ya se ha indicado en el primer capítulo, depende de la seguridad del apego y de la autonomía personal. Por tanto, el desarrollo del potencial erótico dependería de los recursos relacionales y de la sensibilidad intersubjetiva de cada miembro de la pareja. En términos de vinculación afectiva, la experiencia erótica podría desarrollarse con o sin intimidad. Entendemos por intimidad la capacidad de «conectar» emocionalmente con la otra persona, de experimentar un espacio psicológico compartido. En consecuencia, la experiencia erótica puede vivirse sin

intimidad cuando no se produce ese «espacio psicológico compartido». Puede vivirse con intimidad cuando se produce esa conexión emocional, cuando la expresión erótica forma parte de un nivel profundo de comunicación. No debe hacerse ningún juicio de valor, y mucho menos moral; no es necesariamente mejor una situación que otra, solo son distintas y es probable que correspondan a diferentes momentos y situaciones a lo largo del ciclo vital.

Alguien podría desear una experiencia erótica sin mayor implicación emocional en distintos momentos de la vida: «Tu cuerpo me excita muchísimo, quiero disfrutar de él, quiero acostarme con tu cuerpo, no quiero, no necesito mayor compromiso emocional contigo. Quiero acostarme con tu cuerpo, no contigo».

Alguien podría incluir la experiencia erótica en el flujo de comunicación propia del vínculo afectivo, por ejemplo, como expresión del amor, enamoramiento y compromiso en la relación: «Siento una fuerte atracción por ti, quiero compartir todo contigo, siento que te quiero profundamente, quisiera estar siempre junto a ti, quiero sentirte profundamente, deseo acostarme contigo, porque es la forma más profunda de conectar totalmente contigo, de amarte».

Ahora bien, un terapeuta atento deberá discernir entre estos tipos de comportamiento sexual con y sin intimidad, que podríamos considerar como perfectamente asumibles, de aquellas situaciones en las que las defensas psicológicas hacen imposible la «conexión» con la intimidad. También deberá detectar los casos que se desprenden de estados de dependencia emocional, en los que la autonomía personal es puesta en entredicho.

Sin duda, la atribución de significados varía de una situación a otra. Las personas que tienden a la inseguridad perciben la intimidad como un espacio arriesgado dada la propia vulnerabilidad del yo. Uno de los posibles orígenes de la ansiedad que sustenta cualquiera de las llamadas disfunciones sexuales puede ser un efecto de la inseguridad en la intimidad. Recordemos que Helen Singer Kaplan afirmó que gran parte de las dificultades sexuales están relacionadas con el miedo a la intimidad. La teoría del apego nos ofrece soporte teórico para interpretar tal afirmación.

La base segura y la capacidad de exploración

El sistema de apego se activa en los momentos de aflicción o de percepción de riesgo. Sin embargo, la seguridad propia lograda a través del vínculo hace posible la activación del *sistema de exploración*, que permite la indagación tanto del mundo externo como del interno.

El desarrollo del potencial erótico dependerá de la capacidad de exploración del mundo exterior (descubrimiento de las posibilidades eróticas del propio cuerpo, de la otra persona y de los comportamientos sexuales compartidos), y del mundo interior (capacidades, recursos, expresión emocional, limitaciones, miedos, angustias, bloqueos, emociones positivas y negativas asociadas a la experiencia erótica, etc.).

La capacidad de conectar con la experiencia erótica en su conjunto (no solo con las conductas sexuales), la capacidad de dejarse llevar por sensaciones voluptuosas propias del placer sexual, la capacidad de dejarse llevar por la pérdida de conciencia propia del orgasmo, dependen fundamentalmente de la seguridad y confianza en el otro y en uno mismo. La seguridad en el apego permite percibir el espacio de intimidad como confortable y seguro donde uno puede abandonarse a la experiencia erótica. Por el contrario, la inseguridad en el apego hace que el espacio de intimidad se perciba como inseguro y amenazante, dando lugar a la activación de las defensas. Las personas ansioso-ambivalentes se mostrarán ansiosamente hipervigilantes de lo que ocurre. Las personas predispuestas a la evitación tenderán a desconectar la percepción del estado emocional del otro.

La importancia que desde la perspectiva del apego se le otorga a la capacidad de exploración es realmente capital en el enfoque que en esta monografía estamos dando a la psicoterapia sexual. Es relevante no solo en la psicoterapia propiamente dicha, en la que algunas de las dificultades más corrientes pueden ser explicadas por la incapacidad de exploración, sino también desde el punto de vista del desarrollo del potencial erótico, definido previamente. La capacidad de exploración no puede ser equiparada al aprendizaje de «técnicas y habilidades sexuales» en forma de «prescripciones». Se trata de la capacidad del ser humano para avanzar en el conocimiento y la experimentación de la realidad de un modo global, para lo

cual la base de seguridad es el punto de partida imprescindible. Es aquí donde el/la psicoterapeuta debe poder ejercer su función como base de seguridad, para que la persona en concreto busque su propio potencial erótico, libre de estereotipos culturales.

Intersubjetividad e importancia de la corporeidad

Así como el apego tiene como función aportar seguridad, proporcionar bienestar en la relación y constituir la plataforma para la exploración, la intersubjetividad interviene directamente en la comunicación interpersonal. La comunicación es esencial para la comprensión de las intenciones de la pareja, transmitir las propias y estimular la cooperación y los cuidados, necesarios para el crecimiento personal conjunto, como ya se ha indicado. Hemos visto, por tanto, que el sistema de apego y la intersubjetividad son sistemas que se complementan mutuamente.

Desde este amplio marco de la teoría general de los vínculos afectivos, es coherente considerar que los conocimientos acerca de la intersubjetividad son una gran aportación a la comprensión de la experiencia. En la medida en que los cauces de comunicación sean óptimos, esta promueve un estado de sintonía relacional que surge de la interacción entre las emociones, los pensamientos y los comportamientos.

Como se ha comprobado, la intersubjetividad no se refiere solo a la comunicación de contenidos cognitivos, sino también de emociones, sentimientos y estados mentales; en definitiva, la comunicación no verbal es esencial. La corporeidad, el lenguaje corporal, el contacto físico, las caricias y la estimulación física, siguiendo el modelo del quantum, forman parte del proceso de comunicación intersubjetiva. Por ello, en el estudio de la intersubjetividad encontramos claves realmente importantes para comprender la calidad de la experiencia erótica y las dificultades que pueden producirse en ella. Recordemos que el modelo de intimidad física, las primeras sensaciones placenteras percibidas, datan de los primeros momentos de contacto corporal entre el bebé y su figura de apego. Los neurocientíficos muestran que los seres humanos, al igual que otras especies, están dotados de programaciones supervivenciales que impulsan al individuo a la búsqueda de

proximidad y contacto con el adulto protector. El contacto físico activa los mecanismos de percepción de seguridad y, con ellos, toda la línea parasimpática responsable de la relajación muscular, la distensión y la ausencia de estrés. Solo en esta situación es posible la percepción de sensaciones físicas placenteras que están ligadas a la seguridad del contexto. Así, la calidad de la experiencia erótica está ligada no solo a la estricta percepción de sensaciones a través del sistema nervioso en su conjunto, sino también a los significados y atribuciones asociados a las sensaciones corporales.

En este sentido, y con el fin de ilustrar las aseveraciones anteriores, cabe señalar la diferencia que Sroufe (1996) establece entre el goce y el placer: un determinado estímulo puede ser el precursor de una respuesta placentera. Por ejemplo, un estímulo concreto puede provocar en el niño una risa, incluso una carcajada. Esta es una respuesta fisiológica que implica placer debido a las contracciones musculares, la hiperventilación, etc. Pero a medida que el niño/a se desarrolla socioafectivamente, aquello que provocó la risa, que pudo ser un simple estímulo, un precursor, va adquiriendo significado precisamente en la relación, en la situación relacional intersubjetiva.

Siguiendo a Sroufe, el placer es la sensación que queda como consecuencia de una respuesta fisiológica. Pero este se convierte en goce si quien provoca esa carcajada es el padre del niño que hace el gracioso ante él. El goce del niño aparece cuando este es capaz de comprender el significado del papel que el padre desempeña en la relación, cuando comprende, o por lo menos intuye, la intención del padre de conectar y compartir con él ese espacio lúdico, que produce risa y con ella el placer que la interacción convierte en goce.

La experiencia crecerá y evolucionará cuando el/la niño/a sea capaz de intercambiar los papeles, siendo él mismo quien hace el gracioso con la intención de comunicarse con el otro en la relación. Tal y como indica Marrone (2001), a medida que el individuo va creciendo, integrará nuevas experiencias de goce que contribuirán a crear modelos operativos internos de relaciones íntimas potencialmente gozosas.

En una relación erótica, digamos esporádica, se puede sentir un intenso placer derivado de la experiencia orgásmica, y esto no deja de ser un valor en

términos de experiencia vital. Sin embargo, el goce de la relación podría surgir de los significados atribuidos, de los objetivos y de las intenciones entre los actores o de la complicidad entre ellos en la intimidad erótica. Vemos, pues, cómo la capacidad para disfrutar intensamente del placer y de la sutileza del goce, tal y como la hemos descrito, contribuyen a la calidad de la experiencia erótica en su conjunto.

Los psicoterapeutas que trabajan en el ámbito de la terapia sexual deberían plantearse que no es suficiente la prescripción de ejercicios para casa cuando los conflictos con la percepción de sensaciones corporales placenteras y su comunicación intersubjetiva con la pareja están arraigados en la historia socioafectiva.

Las aportaciones relacionadas con la intersubjetividad y la comunicación corporal contribuyen a desarrollar el término *estimulación física* del modelo del quantum, en la medida en la que estas median en la percepción de sensaciones físicas, sobre todo las relacionadas con el sexo, y en este sentido nos permite profundizar en la comprensión de lo que significa el desarrollo del potencial erótico.

La respuesta sensible y los cuidados hacia el otro

Otras de las aportaciones de la teoría del apego son el concepto de *respuesta sensible* y de *cuidados*. Recordemos que la respuesta sexual no es una reacción fisiológica fuera de contexto, sino que, bien al contrario, se trata de una experiencia plenamente arraigada en el psiquismo individual que se desarrolla en un contexto relacional. Desde esta perspectiva, la experiencia autoerótica adquiere gran relevancia en la medida que produce una confrontación con el propio yo, a través del imaginario erótico y de los significados que se le atribuyen a tal experiencia. Pero es, en todo caso, una experiencia interrelacional, en la medida en que la aspiración, incluso imaginaria, consiste en la satisfacción del deseo erótico proyectado en otra persona.

La respuesta sensible es la capacidad de interpretar adecuadamente el estado mental del otro, es decir, la capacidad de comprender su estado emocional y sus necesidades. Recordemos que la experiencia erótica consiste

en un ritual interactivo con una vertiente egocéntrica centrada en la propia satisfacción (el cuerpo del otro como objeto de satisfacción personal) y una vertiente alocéntrica centrada en la satisfacción del otro (el propio cuerpo como objeto de satisfacción del otro). La interacción erótica requiere de un equilibrio entre las dos vertientes cuyo desajuste es el origen de malestares e insatisfacción cuando este no fluye de modo natural.

Para el desarrollo en plenitud de la vertiente egocéntrica, se requiere de un yo bien diferenciado y seguro en el que el otro, la pareja, funciona como base de seguridad que permite la exploración en el propio psiquismo.

Para el desarrollo de la vertiente alocéntrica se requiere de la capacidad de respuesta sensible que permite comprender el estado emocional del otro en la interacción erótica.

El sistema de cuidados es complementario al sistema de apego. En situaciones percibidas como peligrosas o amenazantes, se activan los sistemas de conducta propios del apego, conducentes a la búsqueda de proximidad con el cuidador. En posesión de la capacidad de respuesta sensible, el cuidador activa los sistemas de conducta de protección al bebé, es decir, el sistema de cuidados.

Como ya he indicado anteriormente (Gómez-Zapiain, 2009), las relaciones en la infancia son asimétricas. Sin embargo, en la pareja de adultos las relaciones devienen simétricas: uno es cuidador y cuidado recíprocamente. Por ello, cualquier miembro de la pareja debe estar en disposición de solicitar y/o aportar apoyo emocional y, sobre todo, debe estar dispuesto a ofrecer cuidados a la pareja. Velar por comprender el erotismo de la otra persona y tratar de satisfacerla de modo alocéntrico es una forma de cuidado.

La aportación en relación con los cuidados desde la teoría del apego es realmente importante y útil para la terapia sexual y de pareja. Lejos de proponer la idea de los cuidados como una cuestión paternalista (los fuertes cuidan de los débiles) o sexista (las mujeres son las responsables de los cuidados), la teoría del apego propone el sistema de cuidados como una capacidad humana promotora del bienestar general del grupo, independientemente de las relaciones de poder o de género.

Como sabemos, la capacidad de cuidar depende de los modelos internos. Según estos, se proponen tres tipos de cuidado: cuidados compulsivos,

cuidados controladores y cuidados sensibles (Kunce y Shaver, 1994; Gómez-Zapiain *et al.*, 2012). Podemos definir la capacidad de cuidar sensiblemente de la siguiente manera: «Tu bienestar me concierne, es uno de mis objetivos prioritarios en la relación».

Vistas las cosas así, podemos concluir que la capacidad de respuesta sensible es el «sensor» que me permite conectar con el estado mental de mi pareja y que el desarrollo de la vertiente alocéntrica, es decir, el interés por responder a las necesidades eróticas de mi pareja, no obligatoriamente las mías, es un modo maduro y equilibrado de cuidar, desde el punto de vista erótico y afectivo.

Las defensas

La teoría del apego integra el conocimiento de ciencias modernas como la cibernética, la teoría de sistemas y la etología. Los etólogos indican la importancia de las programaciones genéticas de los seres vivos conducentes al logro de la supervivencia individual y, con ella, la adaptación de las especies.

El mecanismo principal de supervivencia de los seres vivos que nacen en precario, es decir, sin capacidad autónoma para sobrevivir, es precisamente el apego, la tendencia a buscar la proximidad con el adulto protector.

Por este motivo, en términos psicológicos, todo ser humano nace con un miedo innato a la pérdida, al abandono, a la soledad, al desamparo. Para poder paliarlo, la naturaleza establece que entre la cría y los progenitores se activen sistemas de conducta propios que, actuando contingentemente, generan la base de seguridad necesaria para la supervivencia y, a partir de la cual, se apoya el resto del desarrollo.

Por ello, las personas tienden a sentir miedo a la pérdida afectiva, al abandono, a la destrucción. En definitiva: «Nazco en precario, si no me atienden, no me cuidan, no me protegen, perezco». Ante este temor, las personas seguras poseen mejores recursos para manejar este miedo básico y conjurarlo, mientras que las inseguras utilizarán mecanismos de defensa o técnicas de afrontamiento, según los distintos marcos teóricos en psicología.

Desde la teoría del apego se plantean dos tipos de estrategias defensivas,

dependiendo del perfil de apego. El miedo a la pérdida o abandono se puede combatir a) hiperactivando el sistema de apego o bien b) desactivando el sistema de apego. La primera estrategia afecta a personas que tienden a la ansiedad en la relación, mientras que la segunda atañe a personas que tienden a la evitación.

Las defensas se activan en situaciones de vulnerabilidad que corresponden con momentos de mayor exigencia relacional, como aquellas que requieren proximidad y «conexión» psicológica con la otra persona, es decir, en situaciones de intimidad.

Por otro lado, como se ha desarrollado antes, los perfiles de apego interfieren en la dinámica del deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos, probablemente como efecto de estas estrategias defensivas (Gómez-Zapiain, 2009).

La comprensión de este tipo de defensas es otra de las aportaciones de la teoría del apego al ámbito de la psicoterapia sexual y de pareja. En varios lugares de este texto indico que el deseo erótico impulsa a la persona al encuentro con el otro para su satisfacción sexual. Ahora bien, la proximidad psicológica activa los modelos internos, los perfiles de apego. Las personas inseguras, bien ansioso-ambivalentes, bien evitativas, activarán las defensas responsables de la ansiedad asociada a posibles dificultades comprendidas en lo que se conoce como «disfunciones sexuales» o, dicho de otro modo, malestar e insatisfacción con la relación sexual.

Para los/as psicoterapeutas que trabajen en el ámbito de la intimidad erótica, es imprescindible comprender y manejar en la intervención terapéutica las defensas que cada una de las personas interesadas en el problema pueden enarbolar.

Interacciones entre el deseo erótico y los modelos internos

Otra de las aportaciones realizadas desde la teoría del apego consiste en el análisis de las interacciones entre la regulación del deseo sexual y sus correspondencias en comportamientos sexuales, y los modelos internos. Dada la importancia de este tema, se ha desarrollado de modo especial en el capítulo 1, al que remito.

Función reflexiva y mentalización

Como veremos posteriormente, los desarrollos teóricos y la acumulación de conocimiento empírico desplegados desde el enfoque de la teoría del apego convergen en una propuesta psicoterapéutica cada vez más depurada: la mentalización.

Todo parte de la idea básica de que la realidad que cada persona percibe está filtrada por sus modelos internos y, por consiguiente, mediatizada por las experiencias vividas y grabadas como representaciones mentales a lo largo de toda la historia socioafectiva desde el origen, además de otros procesos psicológicos. Mary Main (1995) utilizó el término *metacognición* para referirse a la capacidad de poder pensar acerca de los propios pensamientos. Se refiere a la importancia que tiene la capacidad de las personas para relativizar y flexibilizar las interpretaciones que uno hace de lo que le está pasando. Dicho de otro modo, la metacognición consiste en preguntarse: ¿por qué pienso lo que pienso sobre esta cuestión?, ¿por qué hago esta interpretación concreta de algo que me ha sucedido?, ¿podría pensar de otra manera?, ¿podría haber interpretaciones alternativas?

Por otro lado, Fonagy y colaboradores, basándose en la teoría de la mente, retoman el concepto de *mentalización*, de origen psicoanalítico, enriqueciéndolo con las aportaciones empíricas procedentes de la investigación en el ámbito del apego, además de su dilatada experiencia clínica. La mentalización se está convirtiendo en un referente de indudable valor en el campo de la psicoterapia (Bateson y Fonagy, 2016; Wallin, 2007). Se apoya en la función reflexiva, que permite al ser humano comprender sus comportamientos y los de los demás en términos de estados mentales.

Desarrollaremos más adelante estos conceptos, pero en este punto debo subrayar que el fomento de la mentalización en el proceso de la terapia sexual es otra de las grandes aportaciones de la teoría del apego, ya que muchos de los malestares sexuales de las parejas se explican por la dificultad de entender lo que les ocurre en la experiencia erótica en términos de comprensión de los estados mentales propios y de la pareja.

[24](#) Confrontar con el punto 4.1.3.

[25](#) Habría que promover el debate en torno al concepto de «tratamientos basados en la evidencia», sin duda apropiado en el contexto biomédico pero difícilmente aplicable al ámbito de la psicoterapia si no se revisan los criterios que subyacen.

[26](#) Habría que revisar el concepto de «generación». No resulta fácil acotar este término, ya que habría que definir previamente los indicadores que la definen como tal, los límites, los factores que pueden indicar el final de una y el principio de otra, el consenso de autores y profesionales, etc. En cualquier caso, utilizo el término en este texto como una concesión al autor, David Schnarch, fuente de esta propuesta.

[27](#) Utilizo «uno» u «otro» en lugar de «él» o «ella», porque la dinámica del sistema de pareja es la misma, se trate de una pareja compuesta por miembros del mismo o de distinto sexo.

[28](#) Ver punto 4.1.3 («Niveles de intervención en terapia sexual»).

[29](#) Ver punto 1.4 («Importancia de la intersubjetividad»).

[30](#) Es obvio que la orientación del deseo, homo-hetero, es irrelevante en este estado de relación en intimidad.

[31](#) Ver punto 2.4.

[32](#) Ello marcaría los niveles de intervención terapéutica: a) crecimiento personal: intervenciones dirigidas a desarrollar el potencial sexual (educación sexual, *counseling*, asesoramiento, etc.) y b) terapia sexual y/o de pareja propiamente dichas (intervención para la resolución de conflictos psicológicos subyacentes).

[33](#) Me refiero a modelos prototípicos acuñados en las relaciones con las figuras de apego primarias.

[34](#) Consultar el capítulo 1.

[35](#) Confrontar con el capítulo 1.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA DE TERAPIA SEXUAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL APEGO

La propuesta de terapia sexual que aquí se va a desarrollar, en coherencia con lo ya expuesto, se corresponde con los que hemos llamado planteamientos de segunda generación, asumiendo la gran imprecisión de este término. Por tanto, siguiendo a Schnarch, se basará en los principios ya indicados.

Los modelos clásicos se rigen por los principios que se han denominado de primera generación, muy próximos al modelo biomédico. Este modelo, fundamental para la comprensión, el análisis, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades físicas, no se puede aplicar de igual modo y acríticamente a la comprensión de la psicología humana. Una enfermedad física puede ser detectada, diagnosticada, comprendida; se pueden delimitar los agentes patógenos con bastante precisión, se pueden diseñar con suma eficacia la farmacología apropiada y otro tipo de tratamientos adecuados. En este contexto se puede plantear con propiedad la expresión «tratamientos eficaces basados en la evidencia». Un medicamento u otras técnicas de tratamiento son eficaces en la remisión de la enfermedad. Se trata de una cuestión próxima a la objetividad.

En lo que a este punto se refiere, cabe subrayar el hecho de que donde más falla el modelo biomédico es justo en el abordaje de las enfermedades conocidas como psicosomáticas. Deberíamos plantearnos críticamente por qué ocurre esto. Quizá se deba a la naturaleza subjetiva de las causas que las originan. Sin duda, es precisamente la subjetividad que subyace a las mismas donde el modelo biomédico es más limitado, vulnerable e incluso inadecuado. El concepto «tratamientos eficaces basados en la evidencia» pierde potencia y se relativiza porque los procedimientos terapéuticos referidos a cuestiones «psico»-somáticas son bastante más complejas.

En términos relativos, el modelo biomédico no es apropiado para la

comprensión del psiquismo humano en toda su complejidad, dado su alto grado de subjetividad. El malestar psicológico no puede explicarse tan solo a través de lo que se puede objetivar, desechando el resto, porque los instrumentos de medida son limitados, ineficaces o inexistentes para medir la componente subjetiva del mismo.

En la actualidad, el modelo de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como bienestar físico, psíquico y social no deja de ser una declaración de intenciones, ya que, en la realidad, se hipertrofia el valor concedido al bienestar físico: la salud como ausencia de enfermedad. Ello condiciona extraordinariamente el abordaje, valoración, diagnóstico y terapéutica de las dificultades sexuales, muchas de las cuales tienen una importante componente subjetiva. A pesar de ello, una parte relevante de la psicología ha asumido en su totalidad el modelo biomédico como inevitable marco de referencia, renunciando a la naturaleza propia de la psicología y, por ello, renunciando también a la asunción de un modelo «biopsicológico», mucho más acorde respecto a la comprensión de los fenómenos psicológicos que llegan a los profesionales que se dedican a la atención de las dificultades relacionadas con su sexualidad.

No es cuestión de establecer un combate entre modelos, sino un equilibrio integrador mutuamente enriquecedor. Sin embargo, este equilibrio, hoy por hoy, es bien precario, dado que, en la sociedad actual, lo que se impone es la velocidad, el rendimiento, los resultados inmediatos, la objetividad. Planteamientos extraordinariamente economicistas por parte de los administradores públicos de la salud recaban tratamientos baratos, breves, que no generen listas de espera. Desde esta perspectiva, no hay lugar para los tratamientos psicoterapéuticos de mayor calado, salvo su derivación a la iniciativa privada.

En cualquier caso, no niego la trascendencia del rigor del método científico en el desarrollo del conocimiento y de la importancia de validar las intervenciones terapéuticas basándose en evidencias obtenidas en los resultados de los tratamientos. Es necesario comprobar en todo momento que los planteamientos terapéuticos que se proponen a los usuarios, en el ámbito público o privado, sean realmente eficaces. La crítica a los estándares de evidencia empírica utilizados en la actualidad consiste en que la evidencia

científica y la eficacia en las intervenciones no puede limitarse a criterios reduccionistas centrados en comportamientos explícitos. Tampoco se pueden utilizar, como único criterio de evidencia, los análisis probabilísticos, sin restar la importancia que ellos tienen. Por ejemplo, si se focaliza el problema planteado en el tiempo transcurrido entre la excitación y el orgasmo, se llega al diagnóstico de eyaculación precoz u orgasmo prematuro. Se aplicarán las técnicas conocidas. Por último se medirá la ampliación del tiempo transcurrido. Si la diferencia entre el pre y el post en una muestra controlada es estadísticamente significativa, las técnicas aplicadas serán validadas como eficaces, sin importar demasiado el sesgo que inevitablemente se produce en la selección de la muestra, dadas las enormes dificultades para su selección. Se darán por validadas, sin haber tenido en cuenta otro tipo de variables intervinientes. El tratamiento será considerado como un tratamiento eficaz basado en la evidencia.

Sin embargo, si se pone la atención en el proceso de comprensión por parte del usuario de lo que le ocurre utilizando estrategias terapéuticas que le permitan ser el o la protagonista del proceso, lo que se valorará es el cambio que la terapia ha producido en la valoración subjetiva de su bienestar/sufrimiento. El cambio se valora no tanto en términos conductuales (conductas modificadas), como en términos cualitativos (satisfacción con la experiencia erótica); la metodología de valoración debe ser, sin duda, cualitativa. Sin embargo, la metodología cualitativa en el ámbito científico-académico no goza de mucho predicamento, cuando es esta la que aporta la información de calidad necesaria para validar empíricamente los resultados.

Todos estos argumentos están presentes en la propuesta que a continuación se ofrece, en la que la perspectiva de la teoría del apego forma parte esencial de la fundamentación teórica.

En este punto tomaremos en consideración los niveles de intervención descritos en el capítulo anterior. Como se decía, la intervención respecto al comportamiento sexual de las personas, ya sea en el ámbito del crecimiento personal o en el de la resolución de dificultades sexuales, puede abordarse en tres niveles: a) educación sexual, b) asesoramiento (*counseling*) o c) terapia sexual³⁶.

La propuesta de terapia sexual enriquecida por la teoría del apego se

centra en el tercer nivel de intervención: la terapia sexual. Conviene insistir en ello porque bajo la denominación «terapia sexual» uno encuentra todo tipo de formatos. Por ejemplo, si lo que uno hace en su consulta es enseñar o explicar, está haciendo educación sexual, aunque lo denomine terapia. Si uno además de informar, asesora, aconseja e instruye, estará haciendo asesoramiento, *counseling*, pero no terapia sexual.

La terapia sexual es el procedimiento a través del cual se interpreta el origen de los conflictos que subyacen y mantienen las dificultades sexuales que se plantean, utilizando, por un lado, la fundamentación teórica que permita comprender e interpretar la demanda y, por otro, los procedimientos y técnicas terapéuticas oportunas conducentes al logro del cambio necesario para la disolución del malestar. El nivel de formación para la intervención profesional en cada uno de los ámbitos es específico, algo que en la actualidad habría que revisar.

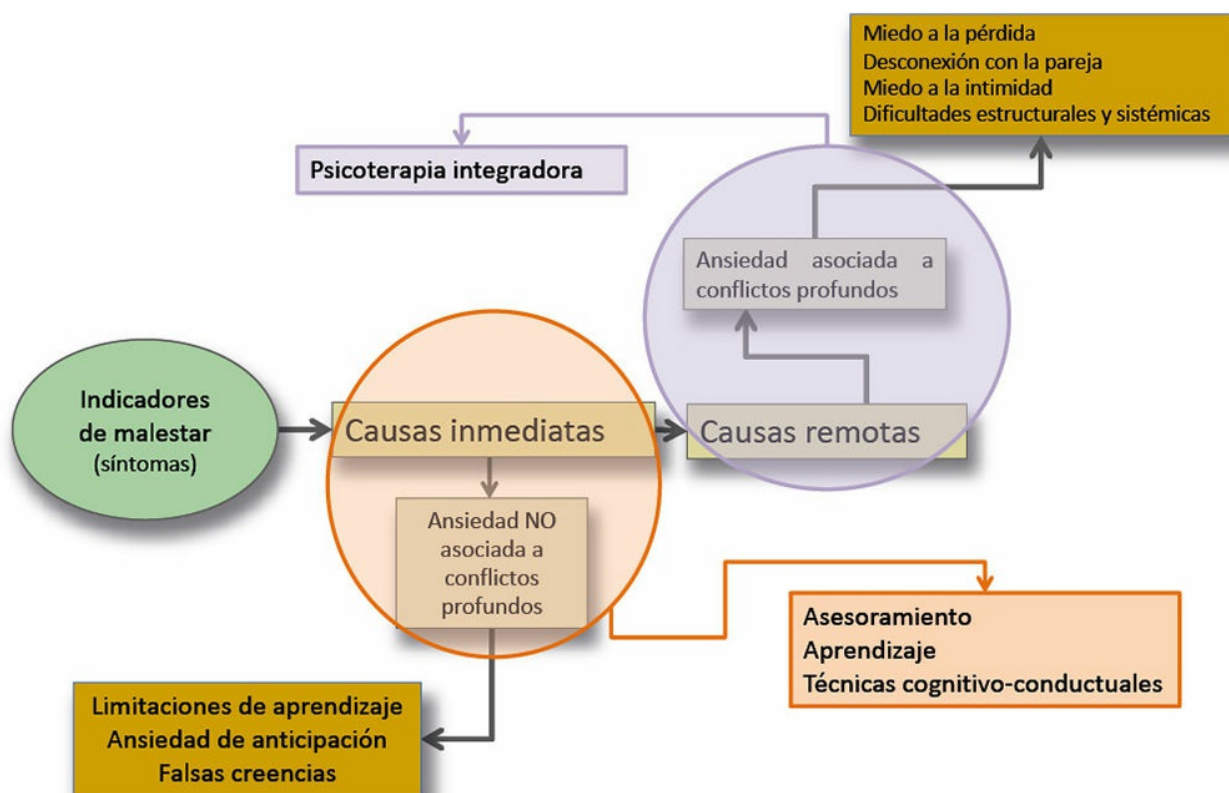


Gráfico 18. Niveles múltiples de intervención.

Para centrar la presente propuesta partimos de una adaptación de los niveles múltiples de intervención aportados por Kaplan (1974). De un modo esquemático están representados en el gráfico 18. No toda dificultad sexual es fruto de un conflicto profundo e inconsciente que requiera una psicoterapia en profundidad. Tampoco cualquier dificultad sexual puede simplificarse y reducirse a conductas mal aprendidas o a distorsiones cognitivas.

Lúcidamente, Kaplan propuso en la década de los setenta del siglo pasado los niveles múltiples de intervención, diferenciando las causas inmediatas de las causas remotas.

Presentados los síntomas manifiestos en la demanda de atención, planteados por la persona que consulta, estos podrían referirse a causas inmediatas no asociadas a conflictos profundos. Déficits de aprendizaje, ansiedad anticipatoria de menor calado o falsas creencias podrían explicar las dificultades planteadas. Estos casos son susceptibles de ser tratados en el ámbito del asesoramiento y técnicas de aprendizaje cognitivo-conductuales.

Sin embargo, también podrían referirse a causas remotas. En este caso estarían asociadas a ansiedad o angustia relacionadas con conflictos profundos, tales como graves problemas de desconexión y comunicación con la pareja, miedo no consciente a la pérdida o al abandono, dificultades con la configuración y regulación del deseo erótico o defensas contra el miedo a la desintegración del yo en la intimidad afectiva y sexual, entre otras. En estos casos es preciso un abordaje de mayor calado, donde lo que se impone es tender a psicoterapias integradoras. Las aportaciones de la teoría del apego suponen, en este sentido, una clara contribución.

6.1. Principios básicos

La perspectiva sistémico/intersubjetiva permite una aproximación diferente a la comprensión de las dificultades sexuales. Una de las cuestiones más interesantes es la superación del concepto *conductas sexuales* en favor de *experiencia erótica*. Si se reduce la psicología de la sexualidad a conductas observables, siendo así que las disfunciones sexuales son meros comportamientos inadecuados o mal aprendidos, el estilo de tratamiento será el consecuente. Los objetivos terapéuticos también serán los propios. A

continuación, se desarrollan los principios básicos en los que descansa el enfoque que proponemos.

Estableceremos una visión crítica sobre los principios de primera generación expuestos más arriba, e integraremos los principios considerados como pertenecientes a una segunda generación.

Los principios básicos que se proponen están relacionados con una manera diferente de observar los comportamientos sexuales humanos y por tanto afectan no solo a la psicoterapia sexual, sino también a los restantes modos de intervención, a saber, la educación sexual y el asesoramiento. Se describen a continuación:

Primero. El centro de la atención se sitúa en la «experiencia erótica» y no en la respuesta sexual humana. Operacionalizamos este concepto del siguiente modo: la experiencia erótica se refiere a un estado afectivo-emocional que incluye a) la activación neurofisiológica propia del deseo erótico, entendido como una emoción compleja, y del resto del ciclo fisiológico de la respuesta sexual, excitación y orgasmo; b) las emociones y afectos provocados por la proximidad psicológica (intimidad); c) las valoraciones cognitivas y las atribuciones realizadas en relación con lo que acontece y d) las conductas sexuales explícitas.

Se pone de relieve el deseo por la experiencia erótica global que ocurre en la interacción con la persona con la que se comparte, más que el deseo por la actividad sexual en sí misma, que de hecho queda incluida. Es decir, se valora más el deseo por vivir la experiencia con intensidad, que el deseo por el rendimiento sexual conforme a modelos social y culturalmente predeterminados. Ello lleva a la comprensión del deseo erótico³⁷ como una emoción que, como tal, genera una tendencia de acción e interactúa con el conjunto de instancias psicológicas.

Segundo. Se considera la dimensión erótica humana como un potencial que puede ser desarrollado partiendo de la libertad individual. El foco de la actividad sexual se sitúa en la experiencia profundamente personal del deseo erótico durante la experiencia, y no solo como una mera motivación que inicia la actividad sexual. Ello implica que es el propio individuo el que

diseña, define y toma decisiones acerca de sus necesidades sexuales.

Este principio asume el modelo biográfico propuesto por Félix López (2015) y critica el modelo prescriptivo que predefine lo funcionalmente esperado y, por tanto, determina los objetivos deseables basados fundamentalmente en el criterio de rendimiento sexual en términos biológicos. Este principio indica que la intervención, en cualquiera de los niveles, debe orientarse al desarrollo de la capacidad del ser humano para explorar tanto su mundo interior como exterior (relacional) en la búsqueda de sus propios fines y no de los inducidos por estándares culturales.

Se parte del hecho de que toda valoración de la experiencia erótica por parte del sujeto pasa por el filtro de los modelos internos, expresados en estilos de apego, entendidos estos como tendencias o perfiles de personalidad. En consecuencia, este principio apela a la capacidad reflexiva del ser humano y, por tanto, a su capacidad de mentalización para comprender y descubrir sus propias motivaciones, otorgar sus propios significados, establecer sus objetivos, regular las conexiones de interacción en la comunicación con la persona con la que se comparte la experiencia y en el descubrimiento de las fortalezas y debilidades en el encuentro erótico.

Tercero. Se parte de una visión crítica del modelo biomédico en la comprensión de las dificultades sexuales. Los modelos de respuesta sexual ya expuestos y sus correspondientes propuestas terapéuticas se sustentan esencialmente en el modelo biomédico que «medicaliza» la experiencia. Este principio pone el foco en la experiencia erótica sentida, que «psicologiza» la experiencia. Ello lleva a replantear el concepto de *función sexual* y a relativizar el concepto de *disfunción sexual*.

Cuarto. Se considera la dimensión erótica incardinada en la estructura del yo a partir de la cual se expresa en deseos, imágenes y representaciones que configuran el imaginario erótico, marcan expectativas y se proyecta hacia su satisfacción en relaciones compartidas. El deseo erótico es valorado como una elección consciente, un deseo libremente comenzado al servicio de las necesidades eróticas y afectivas personales que contribuyen al bienestar, y no solo como un impulso biológico o una función natural.

El yo es el centro de decisión que debe equilibrar la dimensión egocéntrica del deseo erótico en relación con la dimensión alocéntrica del mismo. Es decir, el deseo individual (egocéntrico), en parte irracional, en parte inalcanzable, en relación con experiencias compartidas, y el deseo hacia la satisfacción erótica de la persona con la que se comparte (alocéntrico), en la que se es agente y objeto de deseo para la otra persona, como se ha indicado en el capítulo 3 (ver gráfico 8).

Necesariamente, este principio incluye la ética de las relaciones propuesta por Félix López (2015), a saber, la ética del consentimiento.

Quinto. Se considera la intimidad como el espacio privilegiado donde se produce la experiencia erótica. Es el espacio donde convergen el deseo erótico y las necesidades de comunicación y soporte emocional. Ello es válido en cualquier interacción erótica compartida, con independencia del tipo de relación de pareja, sea estable u ocasional. Evidentemente, el significado, los objetivos y las aspiraciones varían de una situación a otra, pero en cualquier caso siempre es un hecho interactivo en el que los modelos internos intervienen positiva o negativamente. En consecuencia, este principio prioriza un enfoque sistémico e intersubjetivo, tanto en las propuestas terapéuticas como en aquellas dirigidas a la promoción de la salud sexual.

Sexto. Se parte de la terapia comprensiva (Lanas, 2015). Es decir, se trata de centrar la atención y el foco del trabajo terapéutico, no tanto en los síntomas manifiestos como en el desciframiento de los elementos que intervienen en la queja, con el fin de comprender la experiencia y la peripecia vital de la persona que consulta.

6.2. Objetivos en psicoterapia sexual

A continuación se plantean los objetivos que la psicoterapia sexual persigue desde esta perspectiva sistémico-intersubjetiva. Lógicamente, los objetivos se sustentan en la fundamentación teórica desarrollada y deben ser coherentes con los principios planteados en el punto anterior.

En términos generales, en los modelos clásicos basados en los principios que hemos denominado de primera generación, donde el peso del modelo biomédico es evidente, el objetivo prioritario es la remisión de la disfunción planteada por el usuario. Para ello, se valoran los síntomas y se utilizan las taxonomías al uso, siendo el DSM-V o el CIE-11 las referencias más utilizadas. Por último, se diagnostica y se planifica la terapia. Generalmente, las propuestas terapéuticas pueden considerarse como terapias breves e incluyen prescripciones.

Sin embargo, desde la perspectiva sistémico-intersubjetiva, el tratamiento no consiste solo en la erradicación del síntoma concreto, origen de la demanda, sino en el incremento comprensivo de la calidad de las relaciones sexuales. Una persona o pareja acude a la consulta con una queja, un malestar que genera dudas, inseguridad, insatisfacción y sufrimiento. Es decir, llega a la consulta con un sistema de relaciones sexuales que es percibido como netamente insatisfactorio. Desde esta perspectiva, el objetivo general de la terapia sexual consiste en hacer transitar ese sistema de relación sexual, percibido como insatisfactorio, hacia una nueva percepción de satisfacción (gráfico 19).

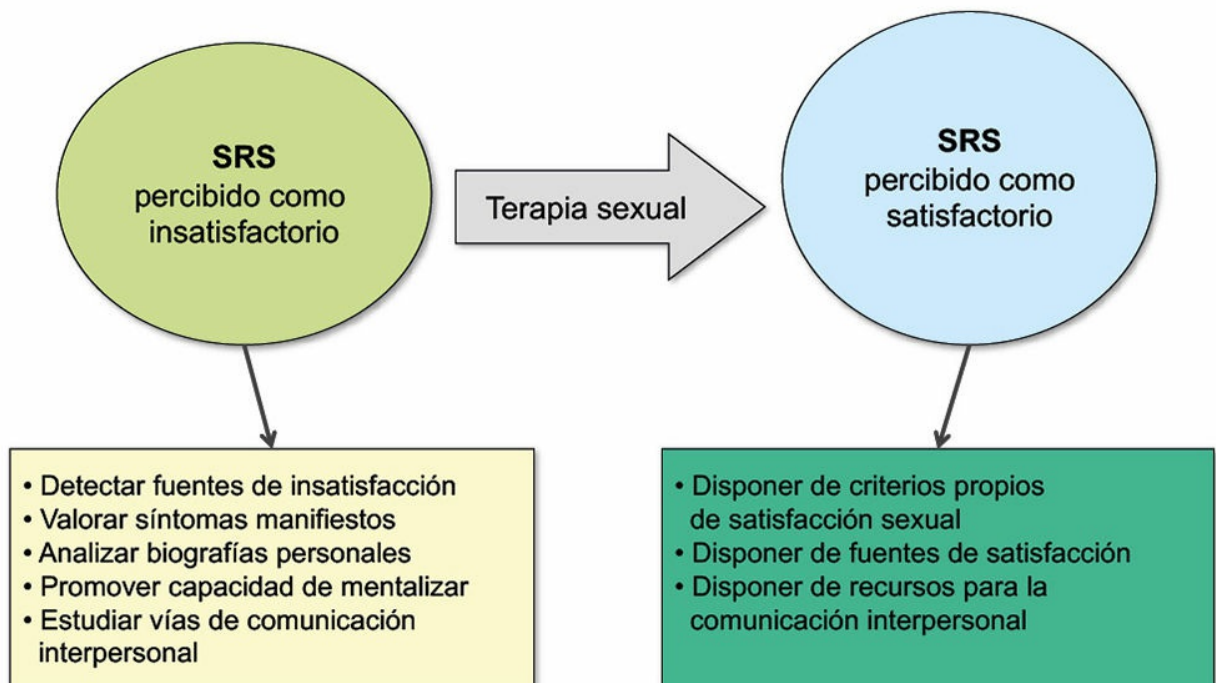


Gráfico 19. Objetivo de la terapia sexual.

En este afán, el terapeuta deberá evaluar y diagnosticar las causas que justifican la percepción de insatisfacción y es probable que halla algunos síntomas concretos que taxonómicamente se podrían encuadrar en las dificultades relacionadas con las fases de deseo, excitación u orgasmo, o bien con otras causas que se sitúan más allá del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.

El objetivo, por tanto, no se centra exclusivamente en el síntoma concreto (anorgasmia, orgasmo precoz, dificultad de erección o de lubricación vaginal, dificultades con el deseo erótico, etc., cuya remisión daría por concluida la terapia), sino en la percepción de satisfacción experimentada por la persona en el conjunto del sistema de pareja.

Por tanto, establecemos el objetivo primordial de la terapia sexual de este modo: inducir el cambio de un sistema de relaciones sexuales percibido como insatisfactorio hacia la percepción compartida de satisfacción.

El tratamiento consistiría en utilizar los recursos terapéuticos necesarios para hacer transitar un sistema de relaciones sexuales percibido como insatisfactorio, hacia la percepción de satisfacción. Para ello, lógicamente, la remisión de síntomas concretos es necesaria, puesto que estos pueden ser obstáculos esenciales y una de las fuentes principales de insatisfacción, pero el objetivo va más allá en la medida en que lo que se pretende es que la persona o pareja llegue a definir por sí misma los criterios de satisfacción erótica y afectiva a partir de valores personales y no tanto de valores socialmente inducidos. En este contexto, la satisfacción afectiva se refiere a la percepción de seguridad, confianza, soporte, complicidad y calidez respecto a la pareja, de modo que esta es utilizada como plataforma (base de seguridad) a partir de la cual se explora y se desarrolla todo el potencial erótico que cada miembro se propone.

Cuando me refiero a la remisión de los síntomas, lo hago desde una visión crítica de los formatos estándar de terapia sexual basados en principios de primera generación. Se trata no tanto de una clasificación rígida dentro de las taxonomías habituales, como de una aproximación, relativización y comprensión por parte de la persona y pareja de la demanda principal y que

justifica la consulta y solicitud de tratamiento.

Por tanto, el foco de la atención no se pone en la «disfunción», sino en la experiencia, es decir, en lo que se vive, cómo se vive y qué significados y atribuciones se otorgan a lo experimentado.

En tal sentido, esta perspectiva pone en valor la relación entre el bienestar y las necesidades. El bienestar significa estar bien, permítase el juego de palabras. Para estar bien es necesario satisfacer de un modo razonable las necesidades que consideramos básicas. En este contexto, satisfacer razonablemente necesidades eróticas y necesidades afectivas que garanticen la estabilidad emocional. Pero ¿quién determina las necesidades sexuales? ¿Cuánto sexo es necesario para estar bien? ¿Cuál es la referencia indicadora del tipo de actividad sexual que es necesario alcanzar para que un profesional la homologue en términos de salud sexual? ¿Quién determina los criterios de salud sexual?

Los objetivos en terapia sexual dependerán de las respuestas a las preguntas formuladas. Félix López (2005) plantea brillantemente los modelos a partir de los cuales se enfoca la educación sexual. Estos modelos se pueden aplicar no solo al campo de la educación sexual, sino también a las actitudes hacia la sexualidad en términos generales. El autor propone los siguientes modelos: el modelo moral, el de prevención de riesgos, el prescriptivo y el biográfico. Observaremos enseguida que los objetivos en terapia sexual se verán mediatizados por el modelo de referencia desde el que se realiza la propuesta de intervención.

Es necesario en este punto hacer una llamada de atención al modelo prescriptivo, que subyace de una manera más o menos explícita en parte de las propuestas sexológicas. Lo hago desde la complicidad que siento hacia la mayoría de los profesionales en este campo con los que he convivido a lo largo de muchos años. Este consiste en prescribir, en todas las propuestas de intervención (educación sexual, asesoramiento o terapia sexual) un modelo de actividad sexual, subliminalmente predefinida, basada en el rendimiento sexual, que hay que alcanzar de modo inexorable, como indicador de salud sexual. Se plantea como un lugar al que hay que llegar, un objetivo que hay que alcanzar. De algún modo, esta manera de entender la actividad sexual es heredera de lo que en otro tiempo denominábamos «modelo combativo»,

próximo a postulados que provienen de la segunda mitad del siglo xx, ideológicamente próximos a la izquierda freudiana.

Sirva el siguiente ejemplo: en el contexto de formación en terapia sexual, se planteó un taller de contacto corporal. En él se propuso como actividad principal un ejercicio que consistía en tocarse y abrazarse profundamente con personas del grupo. Una alumna se mostró reacia y manifestó su incomodidad, aludiendo que la experiencia resultaba extremadamente artificial y que ella valoraba mucho la intimidad y el sentido que para ella tenía. Defendía su derecho a elegir con quién y cuándo. La persona que dirigía el taller interpretó la situación argumentando que cualquier profesional que se dedicara a la terapia sexual debería superar toda reticencia y que la actitud de la alumna en cuestión era una resistencia que debería resolver.

Desde el modelo prescriptivo se equipara «salud sexual» con «actividad sexual», de modo que esta, en términos de rendimiento, se utiliza como indicador de salud. De este modo, se establece como objetivo explícito o implícito alcanzar un tipo de actividad sexual que los especialistas predefinen y prescriben como adecuado. La probabilidad de que se produzca una escisión entre la experiencia fenomenológica —de lo que realmente está viviendo la persona que consulta— y la terapéutica —aplicada en términos prescriptivos— es elevada.

La perspectiva sistémico-intersubjetiva que se propone en esta monografía se instala cómodamente en el modelo biográfico (López, 2015). Este indica que cada persona es responsable de diseñar su propia biografía, es la autora de su propio proyecto vital, es la responsable de definir sus propias necesidades vitales, establecer sus propias prioridades y decidir el modo de resolverlas. El criterio de salud sexual que se deriva de ello indica que las personas sexualmente más saludables son aquellas con mayor capacidad de comprender su propia dinámica afectivo-sexual y con mayor capacidad de tomar decisiones autónomas acerca de sus propios comportamientos. Llevándolo al extremo, si una persona tiene razones suficientes para prescindir de toda actividad sexual en su vida, ningún profesional puede juzgar de forma negativa esta decisión. Otra cuestión sería que esta decisión no fuera natural, sino que surgiera como una defensa a la incapacidad de

integrar la dimensión erótica en el conjunto de su yo.

Esta perspectiva es compatible con la idea de desarrollo del *potencial erótico* propuesta por Schnarch (1989). La decisión del desarrollo del potencial erótico dependerá de los valores que definen la biografía, del peso que cada persona quiera darle al erotismo en su vida y de las necesidades que cada persona sienta como tales. Estas deberán ser armonizadas en el conjunto del sistema relacional cuando la persona en concreto decida compartir su vida, global o sexual, con otra u otras personas, máxime cuando se opta por una pareja estable.

Desde esta perspectiva, el concepto de lo funcional o disfuncional depende de la definición que la pareja hace a partir de la experiencia erótica y no de las conductas sexuales prescritas culturalmente como obligatorias o, por lo menos, referenciales.

Es de este modo como se abre un espacio que hace posible la relativización de los estándares culturales que proponen la «función sexual», y por tanto definen la «disfunción sexual». La inducción cultural de criterios de rendimiento sexual ejerce de promotora de insatisfacción sexual en personas particularmente vulnerables, en la medida en que les impide desvelar y priorizar las propias necesidades, dejándose llevar por valores impuestos no integrados. El terapeuta que acepta y se rige por criterios estándar de rendimiento sexual se convierte en una especie de «agente comercial» de tendencias respecto al desempeño sexual, considerado como aceptable en función de los valores culturalmente establecidos, propios de una sociedad de consumo.

Desde un punto de vista sistémico e intersubjetivo, es difícil contemplar las dificultades sexuales fuera del sistema de pareja. Aun aceptando el origen individual de las disfunciones sexuales, estas aparecen en la interacción con el/la otro/a en el seno de la relación misma. No se debe olvidar que un sistema de pareja está formado por dos psicologías individuales que se relacionan intersubjetivamente.

Objetivos propuestos en el ámbito de la pareja estable

Tal y como figuran en el gráfico 19, los objetivos en la intervención ante una

demanda de pareja estable, sea hetero u homosexual, son los siguientes:

- a) *Disponer de criterios propios de satisfacción sexual*: cada miembro de la pareja, liberado de referencias externas de estándares de rendimiento sexual, deberá descubrir cuáles son sus fuentes de satisfacción erótica. Ello supone la capacidad de explorar su mundo interno conectando con su imaginario erótico. Conlleva conectar con la «dimensión egocéntrica» del deseo erótico.

Este movimiento es individual y se corresponde con la autonomía personal de un yo seguro y estructurado, que es previo a la relación compartida. Supone la toma de conciencia nítida de la integración del deseo erótico en el conjunto de la personalidad³⁸. La persona en concreto deberá explorar acerca del sentido y de los significados que otorga a la experiencia erótica en su contexto vital. Deberá tomar conciencia de la riqueza de la dimensión erótica, de los contenidos (imágenes, estímulos) que activan el deseo erótico. Cada individuo deberá tomar conciencia del modo en que gestiona su deseo erótico. Qué partes del imaginario erótico son realizables y cuáles no, en qué medida la satisfacción del deseo erótico puede estar limitado por dificultades personales. Qué partes del deseo erótico pueden considerarse privadas y qué otras pueden ser compartidas. Aquí es donde adquiere sentido el desarrollo del potencial erótico, cuyos límites serán fijados por uno mismo y en cualquier caso negociados con la persona con quien se comparte la experiencia.

Una proporción importante de satisfacción proviene de la interacción con la otra persona. Se trata de conectar con la dimensión alocéntrica del deseo sexual. Comprender las necesidades, las apetencias o las características eróticas de la persona con la que se comparte la experiencia no deja de ser una fuente de satisfacción o, en su defecto, justamente lo contrario. Se trata de saberse objeto de deseo, fuente de estimulación erótica, fuente de atracción, base de seguridad. Se trata, en definitiva, de leer de manera adecuada y con precisión las necesidades eróticas de la otra persona y actuar en consecuencia. Se trata de captar con precisión y de forma apropiada los estados mentales

de la otra persona y de los propios en la interacción³⁹.

- b) *Disponer de fuentes propias de satisfacción*: se establece como objetivo optimizar la capacidad de descubrir las propias fuentes de satisfacción erótica. Estas pueden estar mediatizadas por una asimilación acrítica de los estándares culturales, o bien como consecuencia de actitudes negativas hacia la sexualidad compatibles con los constructos erotofobia/erotofilia o sentimientos de culpa sexual⁴⁰, o bien por otras dificultades psicológicas relacionadas con la aceptación de la imagen corporal, el autoconcepto y la autoestima. En este sentido, resultan de gran interés los estudios de Snell y Papini (1989) en relación con la preocupación con el deseo, el autoconcepto y la autoestima sexuales.

Se trata de personalizar las fuentes de satisfacción, reconocerlas, expresarlas, negociarlas con la pareja, adaptarlas a sus necesidades y compartirlas libremente en los espacios oportunos. La referencia principal para ello es el imaginario erótico, las fantasías eróticas, que, de modo personalizado, activan el deseo erótico. Los contenidos del imaginario erótico, como ya indicaba LeVay (1993), son inconmensurables. Los objetos y las situaciones más insospechados pueden ser fuente de activación erótica, e incluso es posible que algunos resulten irracionales. Por tanto, la terapia sexual puede ayudar a las personas a profundizar y reconocer las propias fuentes de activación sexual, lo confesable y lo inconfesable, lo público y lo privado. Se trata de ayudar a conectar con lo más profundo de la configuración del deseo erótico, evitando negaciones y autocensuras. A partir de aquí, la persona decide sobre lo que forma parte de lo privado y lo que puede ser compartido, aquello a lo que es posible acceder y aquello a lo que quizá haya que renunciar. Esta riqueza erótica deberá ser negociada y compartida, aplicando los principios éticos de las relaciones propuesto por Félix López, que serán expuestos a continuación. De este modo, se puede ser más consciente de las fuentes propias de satisfacción sexual que es necesario consensuar explícita o implícitamente con la persona o personas con la/s que se comparte la

experiencia erótica.

Recordamos la improcedencia de dictar fuentes de satisfacción como referencias externas, propias del modelo prescriptivo, el cual, de una forma más o menos explícita, prescribe el tipo y los modos de llegar a la satisfacción sexual. El terapeuta tiene que valorar en qué medida se produce una proyección hacia los usuarios de sus posibles limitaciones o frustraciones.

- c) *Disponer de recursos para la comunicación interpersonal*: este objetivo está relacionado con la intersubjetividad como vía de comunicación. Se trata de optimizar la capacidad de transmitir, de dejar traslucir los sentimientos y emociones propios de la experiencia erótica, de modo verbal y no verbal, a partir de la libertad propia de la percepción de un espacio de intimidad seguro y confiado, donde uno no tiene que ocultar o maquillar las genuinas intenciones y objetivos. Se trata de compaginar la dimensión egocéntrica y alocéntrica de la experiencia del deseo erótico⁴¹. Se trata también de dotar a la experiencia de los significados personales y comunicarlos con precisión. Alguien podría dar sentido a esta como una forma sublime de expresión del vínculo afectivo, del amor en términos coloquiales. Para otros, el sentido estaría relacionado con la afirmación personal, una forma de apuntalamiento o expresión de la dimensión erótica del propio yo. Otros otorgarían a la experiencia erótica el sentido del valor del erotismo en sí mismo en lo que tiene que ver con la experimentación de la calidad de sensaciones procedentes de la excitación sexual y del placer exquisito de la voluptuosidad erótica.

Estos significados otorgados a la experiencia erótica, alimentados por el deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos, pueden estar presentes en una misma persona o pareja. Pueden variar según los diferentes momentos biográficos o responder a singularidades individuales con diferentes perfiles o modos de ser.

Objetivos previstos para el tratamiento individual

Es frecuente que personas a título individual acudan a las consultas

planteando dificultades en el ámbito de su sexualidad. Estas pueden tener su origen en niveles estructurales o relacionales. Recordemos que las dificultades sexuales pueden ser de origen endógeno, es decir, explicables desde la psicología individual en términos de conflictos, alteraciones o incompetencias personales. Nunca descartaremos la posibilidad de una etiología puramente orgánica. Pero también pueden tener un origen relacional, donde la dificultad se localiza precisamente en el hecho de compartir la experiencia erótica. Alguien podría tener un rico erotismo en el plano individual, pero ser incapaz de compartirlo con otra persona, por ejemplo, por miedo evidente a la intimidad si esta es percibida como un espacio muy peligroso.

En cualquier caso, ponemos el foco no tanto en las conductas sexuales como en el deseo erótico, motivación principal que las explica, y en las capacidades de integración y manejo. El deseo erótico es una emoción compleja que genera una tendencia de acción, a saber: la búsqueda de contacto con otra persona para la satisfacción sexual. Es precisamente la proximidad psicológica una causa, a valorar, de la dificultad que se plantea.

Las dificultades en el nivel estructural hacen referencia a las dificultades de integración del deseo erótico en el conjunto de la estructura del yo, manifestado por alteraciones en la dinámica del deseo. Las dificultades a nivel relacional pueden plantearse como la incapacidad de establecer relaciones sexuales compartidas o, dentro de ellas, dificultades con alguna forma de bloqueo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- a) Conocimiento, reconocimiento y aceptación de la configuración del propio deseo sexual. La moral judeocristiana y sus inercias en la actualidad afectan a las personas más vulnerables en su capacidad de reconocer el deseo erótico como un bien psicológico, una fuente de riqueza, un impulso al encuentro con el otro, una fuente extraordinaria de placer y bienestar. El efecto de esta se manifiesta en la incapacidad de algunas personas en conocer, reconocer y aceptar las manifestaciones del deseo erótico, asociándolo a castigo, culpa o vergüenza. En el ámbito de la psicología, han sido estudiados dos

constructos que han tratado de explicar este fenómeno: los «sentimientos de culpa sexual» y la dimensión «erotofobia-erotofilia» (Gómez-Zapiain, 2013).

- b) Comprensión de la dinámica del deseo sexual y su canalización. Como toda emoción, el deseo erótico se activa y se expresa a través de imágenes propias del imaginario erótico, genera una tendencia de acción y busca satisfacción. A diferencia de los automatismos instintivos, propios de especies subhumanas, el deseo erótico no es un instinto, es una pulsión, tal como la definió Freud (1972), y por tanto es una motivación flexible que no tiene fijado su destino. Parte de las dificultades sexuales se relacionan con la dificultad de canalizar el deseo erótico de un modo coherente e integrador en la estructura del yo.
- c) Mediaciones afectivas en la expresión del deseo sexual. No es posible aislar el deseo erótico del conjunto de la personalidad. Como toda emoción, está necesariamente relacionada y mediatizada por otras. Las investigaciones realizadas en la relación entre el deseo erótico y los perfiles de apego aportan abundante evidencia empírica acerca de la importante mediación de los modelos internos en la experiencia erótica (Gómez-Zapiain, 2009).

6.3. Intervención psicoterapéutica

Es obvio que el tipo de intervención que aquí se propone se basa en toda la argumentación desarrollada a través de esta monografía. No soy partidario de programas herméticos de intervención y soy crítico con los criterios que se utilizan para valorar la evidencia científica en las llamadas «intervenciones eficaces basadas en la evidencia». Se trata más bien de aplicar, flexible y rigurosamente, la fundamentación tanto empírica como teórica a un proyecto de intervención. Este punto está dedicado a la intervención psicoterapéutica propiamente dicha y no a otros niveles de intervención, como la educación sexual o el *counseling*. Remito al lector al capítulo 4.

Esta propuesta supone un nuevo modo de mirar las dificultades sexuales, tanto en el plano individual como de pareja. Y este modo diferente responde

a la fundamentación teórica que lo respalda. Una vez diferenciado el ámbito de intervención terapéutica, esta perspectiva es útil también en el ámbito del *counseling* y de la educación sexual, entendidos estos niveles de intervención como modos de potenciar el desarrollo del potencial erótico y la promoción de la salud sexual.

Evidentemente existen otras perspectivas terapéuticas basadas en otros marcos teóricos como el cognitivo conductual u otras corrientes (humanistas, psicodinámicas), siendo sus propuestas coherentes con sus postulados teóricos. Entraríamos aquí en el debate: ¿estamos seguros de que las disfunciones sexuales son conductas mal aprendidas? ¿Podemos mantener que las dificultades sexuales se producen exclusivamente como efecto de distorsiones cognitivas? ¿El tratamiento más adecuado de las dificultades sexuales debe basarse en la «psicoeducación» con el fin de lograr reestructuraciones cognitivas? ¿Se puede aislar el comportamiento sexual del resto de la psicología individual en «relación con» otra psicología individual? ¿Toda disfunción sexual tiene básicamente una causa orgánica y el tratamiento consiste en dar con el fármaco apropiado? Podríamos seguir planteando numerosos interrogantes.

Sería absurdo descartar o menospreciar ninguna de las propuestas. Es evidente que el procesamiento de la información en términos cognitivos está presente en las dificultades sexuales, cómo negarlo. Ahora bien, ¿cuál es el origen de las distorsiones cognitivas? Resulta claro que la teoría general del aprendizaje social aporta conocimiento para comprender cómo operan los diferentes tipos de condicionamiento y el papel de los refuerzos asociados a las conductas, tanto funcionales como disfuncionales, también en el ámbito de las disfunciones sexuales, pero ¿por qué un estímulo es reforzante o aversivo para unas personas y no para otras?, ¿cómo podemos interpretar la naturaleza misma de los refuerzos?

La prudencia y la humildad científica y el rigor en el análisis de datos que aportan evidencia en algunas propuestas, aunque haya que revisar el concepto de «evidencia» y los criterios utilizados para decretarla, nos llevan a hacer propuestas integradoras en terapia sexual.

6.4. *Terapia comprensiva*

En una primera aproximación diré que esta propuesta se basa en la comprensión. Se trata de una psicoterapia comprensiva.

Para ahondar en la idea de *comprensión* como estrategia terapéutica, utilizaré como referencia la propuesta que muy lúcidamente aporta Manuel Lanas Lecuona en su libro *Razones para una ciencia sexológica* (Lanas, 2015).

El fenómeno de la comprensión es bidireccional, en la medida en que debe producirse en el proceso terapéutico tanto por el o los usuarios como por el propio terapeuta. Como indica Lanas, se trata de «hacer inteligible la experiencia patologizada en un contexto que (re)construye sin cesar el “problema”» (Lanas, 2016). Se trata de comprender el modo en que la persona ve desde sí misma sus dificultades sexuales. Para ello, el proceso terapéutico debe contribuir a que la o las personas con las que se esté trabajando, comprendan su biografía tal como ha sido, sin juicios previos moralizantes ni patologizantes ni descalificantes. Simplemente reconocerla, intentando comprender las motivaciones que la explican. Ello implica entender la experiencia en su conjunto y no reducirla a meras conductas observables.

La comprensión, como indica Lanas, alimentado por autores como Foucault, Jaspers y los fenomenólogos, consiste en «un método intuitivo que permite totalizar elementos dispersos de la experiencia que el usuario tiene de su dificultad, con el fin de reconstruir su universo patológico» (Lanas, 2015). La comprensión, por tanto, permite que el paciente sea quien tome conciencia de su situación, promoviendo los *insight* que movilicen el cambio.

En los enfoques basados en los principios de primera generación, el foco se proyecta hacia el síntoma, la disfunción, y todo gira en torno a ello. El objetivo se establece en su remisión y con ella la recuperación del rendimiento sexual.

Las técnicas consisten por lo general en prescripciones, «psicoeducación», ejercicios de focalización sensorial o medicación. El escenario, que contiene toda la mitología cultural acerca del sexo, está previamente diseñado y el usuario es visto como un personaje que debe integrarse en él, con

independencia de su propia biografía. Es como un actor que tiene que interpretar con precisión el papel que se le asigna. Es inevitable, desde esta perspectiva, un diagnóstico cerrado y la patologización, en mayor o menor medida, de la demanda.

Es fácil que la persona o pareja atendida desde esta perspectiva asuma el veredicto, intente hacerse cargo de la situación y colabore en el tratamiento, aunque se le suscite una importante escisión entre lo que siente, lo que realmente ocurre en su experiencia (relacional) y el mundo virtual al que le aboca el tratamiento que se le plantea, confuso, lejano de su realidad, en la que debe encajar su disfunción.

De modo bien distinto, la propuesta de terapia sexual que aquí se plantea consiste en crear un espacio de elaboración para la comprensión. Para ello, el procedimiento terapéutico deberá alentar las posibilidades del sujeto para utilizar su capacidad reflexiva y explorar tanto su mundo interior como el exterior. El proceso de comprensión le llevará a i) reconocer el escenario real en el que se mueve, ii) confrontar flexiblemente la interpretación que hace de la realidad de lo que le ocurre, considerando que esta es subjetiva y que está mediatizada por experiencias vitales anteriores, y a iii) integrar la «disfunción sexual» origen de la demanda en un todo comprensivo que otorgue significados propios a la experiencia.

La terapia sexual convencional suele consistir en las intervenciones que el terapeuta realiza en el usuario, centradas en los síntomas o conductas disfuncionales, pero, desde esta perspectiva, se concibe como la forma en que el terapeuta ayuda a este a movilizar los recursos que ya posee para afrontar sus dificultades en la expresión de su erotismo y en el manejo de sus afectos y emociones (Kleinplatz, 2001).

La función reflexiva y la mentalización son dos grandes aportaciones desde la teoría del apego, entre otras, que contribuyen a sostener el concepto de comprensión como modo metodológico de abordar las dificultades sexuales. La mentalización se convierte en un recurso terapéutico de primer orden.

En este intento de hacer una propuesta de intervención psicoterapéutica en el ámbito de la experiencia erótica, es importante plantearse cómo las personas manejan el deseo erótico, por un lado, y cómo la relación

interpersonal, por otro. Veámoslo.

6.5. Manejo del deseo erótico

En la argumentación teórica del primer capítulo se han planteado los sistemas que intervienen en la experiencia afectivo-sexual y sus interacciones. El deseo erótico es la motivación esencial que explica todas las modalidades de comportamiento sexual cuyo conjunto denominamos *sistema sexual*. Desde el punto de vista aplicado, la integración del deseo erótico en el conjunto de la estructura del yo no es otra cosa que el funcionamiento del sistema sexual en la totalidad del individuo en relación con el resto de sistemas. Por ello, el/la terapeuta debe, por un lado, comprender, y por otro contribuir a la comprensión de la dinámica del sistema sexual, sus objetivos, sus prioridades, sus significados.

Como se ha insistido, los principios de primera generación tienden a poner el foco en las conductas observables y en la funcionalidad o disfuncionalidad de los comportamientos sexuales, aislándolos del conjunto de la realidad de la persona que presenta su malestar. Es curioso que se centre tanto la atención en las conductas observables y apenas se considere la motivación fundamental que las genera como es el deseo erótico.

Debemos recordar en este punto que el deseo erótico es una emoción compleja, basada en sus bases biofisiológicas, estructurada en contenidos cognitivos, relacionada inevitablemente con otras emociones, que depende de experiencias biográficas previas, que genera una tendencia de acción (búsqueda de placer) y que impulsa al individuo al encuentro con otra persona. Así como la excitación sexual y el orgasmo son respuestas objetivas, se pueden observar y medir directamente (erección, lubricación vaginal, contracciones musculares, etc.), el deseo sexual es, sobre todo, una experiencia subjetiva.

El hambre es un instinto básico que permite la alimentación y con ella la supervivencia. Sin embargo, la alimentación trasciende este mecanismo básico, de modo que las diversas culturas le atribuyen diferentes significados y la encauzan de modo distinto, permitiendo o restringiendo algunos alimentos, algunos periodos temporales (vigilia, ramadán, prohibición de

carne que procede de algunos animales, bebidas alcohólicas, etc.). Incluso, yendo más allá de su función básica, se transforma en lo que algunos elevan al «arte de la gastronomía».

Del mismo modo, el deseo erótico trasciende su objetivo más básico (la reproducción), adquiere distintos significados culturales y es regulado de diferentes modos según el tipo de cultura. Puede ser transformado y canalizado hacia diversos objetivos. En el plano de la estructura del yo, el deseo erótico —su orientación y gestión— se integra en la identidad sexual y de género y constituye una dimensión del yo, la «dimensión erótica»⁴². Esta dimensión se refiere al sistema sexual que interactúa con otros sistemas, como el de apego, el de cuidados, el de autopreservación del yo, etc.

Desde el plano puramente individual, la dimensión erótica se personaliza. Cada individuo le atribuye significados propios, por lo general concordantes con los del grupo cultural de referencia, lo canaliza de modo personal y lo maneja a su manera. En este sentido, Félix López (2015) considera que el deseo erótico forma parte del «reino de la libertad», mientras que el instinto sexual en los animales forma parte del «reino de la necesidad». Es decir, los seres humanos somos libres para tomar decisiones sobre nuestras propias necesidades sexuales, somos libres para conceder al erotismo el peso que deseamos darle en nuestras vidas, para proporcionarle el sentido y el significado que consideremos oportuno a lo largo de nuestra biografía y, por tanto, somos libres para desarrollar el potencial erótico. Siguiendo a López, es pertinente proponer el modelo biográfico-profesional de intervención en el área afectivo-sexual, frente a otros modelos prescriptivos, combativos, morales o dirigidos exclusivamente a la prevención de riesgos asociados al comportamiento sexual.

De este modo, la manera en que percibimos, sentimos y manejamos el deseo erótico forma parte del mundo interno. Su aprehensión, la conciencia sobre él, el modo de integrarlo en la estructura del yo y la posibilidad de canalizar su necesidad de satisfacción dependen en gran medida de la capacidad de exploración del mundo interno. En consecuencia, las posibilidades de comprender, manejar y resolver las dificultades e incluso los trastornos relacionados con la dimensión erótica dependerán de la capacidad de exploración del mundo interno.

En términos eróticos, *cada persona es responsable de su propio placer y el placer es algo que se comparte*. Solo desde la autonomía personal cada individuo puede conocer y reconocer las características de su propio erotismo para ponerlo en juego en la experiencia compartida. Solo desde la autonomía cada persona puede empatizar y leer el estado erótico-emocional de la otra persona. Solo desde la autonomía cada persona puede comprender las características del erotismo del otro/a y adaptarse a él.

Por ello, desde el punto de vista procedimental en el planteamiento del trabajo terapéutico, es importante que, en el *proceso de comprensión*, la persona tome conciencia del modo en que conoce, reconoce y maneja el deseo erótico y cuáles son sus correspondencias en conductas sexuales explícitas. El papel del terapeuta consiste en acompañarle en esta exploración. Es un craso error, frecuente en muchos planteamientos en terapia sexual, confrontar al usuario con un escenario predefinido de cómo debe ser la experiencia funcional del deseo, etiquetando desde el principio la queja como disfunción. Es inevitable que, explícita o implícitamente, subyazca la idea de que hay un objetivo que alcanzar, una meta a la que llegar, en estas propuestas terapéuticas.

En este proceso comprensivo, el terapeuta deberá entender cómo se expresa la dimensión erótica de su cliente y ser capaz de valorar los siguientes aspectos relacionados con el deseo erótico:

a) *Integración del deseo erótico en el conjunto de la estructura del yo*. En primer lugar, el deseo erótico está directamente relacionado con la identidad. Definimos la *identidad sexual* como el modo de estar en el mundo como mujer o como hombre, considerando que existen tantos modos de ser mujer u hombre como personas. Masculinidad y feminidad⁴³ no son categorías sino dimensiones, son solo referencias, balizas que ayudan a las personas a definir su propia identidad. Ello explica el riquísimo espectro de la diversidad sexual que tantas confrontaciones produce en la sociedad actual.

Se puede entender la identidad sexual y de género desde su dimensión existencial («soy yo en la medida en que existo como ser diferenciado de los demás») y desde su dimensión categorial («soy yo, el hijo de mis padres, el padre de mis hijos, el profesional, deportista, demás características que nos

definen»). Desde el punto de vista categorial, la dimensión erótica debe ser considerada como una categoría del *self*, integrada y relacionada con las demás, así como la identidad sexual y de género. Por tanto, en la construcción que hacemos del modo en que mostramos ante nosotros mismos y ante los demás la manera de ser mujer u hombre, el deseo erótico se conforma y se integra en la estructura misma del yo, en ocasiones no sin dificultad. Por ejemplo, la homosexualidad no pone en cuestión la identidad sexual; una de las características del modo de ser mujer u hombre homosexual es que orientan su deseo erótico hacia personas de su mismo sexo. Por tanto, ser un hombre homosexual, cuya orientación del deseo es homoerótica, es un modo de ser hombre; lo mismo diremos de las mujeres. Esta es una de las múltiples expresiones de la diversidad. Vemos aquí que los conceptos «mujer» y «hombre» tienen tan solo un valor referencial, no categorial.

Siguiendo a Levine (2003), el deseo está estructurado en tres factores: el impulso, el motivo y el anhelo. De manera muy sintética, el *impulso* se refiere a la activación de las bases biofisiológicas (sensaciones), el *motivo* hace referencia al consentimiento y la integración en la estructura del yo («esto que siento es deseo erótico, lo reconozco y lo acepto como tal») y el *anhelo* se refiere a los contenidos culturales integrados (los contenidos que explican la configuración del deseo erótico en cada individuo: el deseo de desear). El anhelo se refiere a lo que los teóricos de las emociones denominan *appraisal*, es decir, los contenidos cognitivos que permiten valorar el contexto activador de la emoción (Frijda, Kuipers y Schure, 1989; Frijda y Mesquita, 1994).

b) *El deseo erótico se configura*. Si pensamos en los contenidos del deseo sexual, encontraremos una enorme variedad de estímulos que pueden activarlo y que varían considerablemente de unas personas a otras. El origen de tal riqueza en la variedad de estimulación es en muchos casos ignoto e incomprensible (Le Vay, 1993; Young y Alexander, 2014). La configuración del deseo se expresa en el imaginario erótico, compendio de innumerables imágenes, algunas explícitas y otras implícitas, unas conscientes y otras inconscientes.

El deseo sexual es una emoción compleja, en parte construida por contenidos culturales. Estos se adquieren a lo largo del proceso de socialización en un contexto portador de un discurso sexual propio, que determina lo que es apropiado o inapropiado sentir, lo que se puede o no expresar.

Además, en la medida en que el deseo erótico es una emoción compleja, genera una tendencia de acción que busca la satisfacción sexual. Por tanto, sentido el deseo erótico conforme a la configuración del mismo, este puede y debe ser regulado, conforme a la ética de las relaciones (López, 2015), personal y socialmente. En la tabla 3 se presenta un resumen de los principios éticos que deben exigirse en el manejo del deseo erótico.

Cuadro resumen de la ética de las relaciones propuesto por Félix López
Fuente: López (2015)

Ética del consentimiento	Las relaciones sexuales solo serán posibles en la medida en que la otra persona consienta libremente en compartirlas. Nadie tiene derecho a satisfacer su deseo erótico forzando, violentando o agrediendo a otra persona. Por tanto, la ética del consentimiento exige capacidad de negociación y tolerancia a la frustración. Su incumplimiento genera violencia.
Ética del placer compartido	El bienestar y la calidad de la experiencia erótica de la pareja deben formar parte de los propios objetivos. Solo desde la comprensión del erotismo del otro/a, de la empatía y de la intención de satisfacer al otro en una relación recíproca es posible cumplir con este principio ético. Su incumplimiento convierte al otro/a en objeto.
Ética de la salud sexual	Se refiere a la responsabilidad que cada persona adquiere en las relaciones sexuales compartidas respecto a la protección frente a los riesgos inherentes al comportamiento sexual. Se trata de asumir la responsabilidad de cuidar al otro/a y a uno mismo. Su incumplimiento genera riesgos físicos y psicológicos.
Ética de la lealtad	La ética de la lealtad exige establecer las relaciones interpersonales desde la verdad, desde la autenticidad. Se trata de esforzarse en una comunicación leal, de modo que la otra persona sepa cuáles son los fines y los objetivos del otro respecto a la relación y los medios que se van a poner en marcha. Su incumplimiento genera engaño.

Ética de la igualdad	La ética de la igualdad se refiere al principio por el cual las personas que integran un sistema de pareja deben tener exactamente el mismo derecho al uso de la libertad individual, la misma posición respecto a la toma de decisiones que conciernen a ambos, la misma responsabilidad en el cumplimiento de tareas compartidas, la misma situación respecto al ejercicio del poder en el ámbito de la relación. Su incumplimiento genera sexismo y desigualdad.
Ética de la vinculación y desvinculación	La ética de la vinculación y desvinculación determina que todo ser humano tiene el derecho a vincularse con el fin de satisfacer sus necesidades afectivas y emocionales. Al mismo tiempo se reconoce el derecho a la desvinculación. Nadie es propiedad de nadie. Nadie puede ser sometido e instrumentalizado. Todo ser humano puede tomar la decisión de romper un vínculo por las razones que considere oportunas. Su incumplimiento genera sometimiento y sumisión.
Ética de la utopía: los cuidados	El sistema de cuidados es un conjunto de comportamientos y actitudes cuyo objetivo es reducir el sufrimiento y satisfacer las necesidades del otro/a y favorecer su seguridad y bienestar. El adecuado funcionamiento del sistema de cuidados en una relación de pareja promueve la sensación de seguridad emocional y de gratitud hacia la persona amada. El sistema de cuidados requiere una alta capacidad humana y ética que finalmente logra su autorrealización, superando las cuestiones básicas de la ética convencional. Por ello, Félix López propone este principio como ética de la utopía.

Tabla 3. Síntesis de la ética de las relaciones.

El deseo erótico está claramente conectado con las sensaciones eróticas corporales, y estas a su vez con la estimulación de los sentidos cuando estos se ponen al servicio del propio erotismo. El modo en que se regule el deseo erótico condicionará la capacidad de voluptuosidad. Por tanto, el factor «estimulación física» del modelo del quantum de Schnarch estará condicionado por la configuración del deseo erótico, además de por otros procesos.

El/la terapeuta deberá así considerar la importancia de la comprensión por parte del sujeto de cómo está configurado su deseo y cómo se maneja en el plano privado/individual y en el plano relacional/compartido.

No se trata de que el/la terapeuta valore, juzgue y proponga un modo ideal de configurar y manejar el deseo erótico, sino de acompañar a la persona con

la que se trabaja a comprender su propia dinámica.

c) *El deseo erótico puede tener diversos significados.* En principio y desde el punto de vista de los principios de primera generación, el deseo erótico va dirigido a la consecución del placer sexual, al placer en la descarga de la tensión erótica acumulada. Sin embargo, desde los principios de segunda generación al deseo erótico se le pueden aplicar otros significados. En este punto pretendo incidir de un modo más aplicado en la propuesta de intervención; por tanto, remito al lector al primer capítulo. Como allí se ha indicado, algunas personas pueden poner el deseo sexual al servicio de la afirmación personal, un modo de apuntalamiento del yo o el servicio del ejercicio del poder. Debemos poner particular interés en ello porque, llevado al extremo, la relación entre el deseo erótico y el ejercicio del poder, como modo de afirmación personal, puede explicar las agresiones sexuales (Loinaz y Echeburúa, 2012). Otras personas podrían ponerlo al servicio de necesidades de apego, proximidad o contacto.

Los diferentes sentidos atribuidos al deseo erótico dependen de la integración de valores culturales, ideológicos, religiosos, etc. Dependen también de los diversos perfiles de personalidad, los modelos operativos internos y de la historia socioafectiva.

No cabe duda de que el manejo del deseo erótico depende fundamentalmente de las características tanto físicas como psíquicas de la persona en concreto. Está mediatizado por el hecho mismo de la interacción con la o las personas con las que se comparte. Varía evolutivamente a lo largo del ciclo vital. Por ello, las dificultades sexuales, tanto en el plano individual como en el compartido, pueden explicarse por las distorsiones que pueden producirse a lo largo de la biografía.

El/la terapeuta deberá considerar la necesidad de incluir en la intervención la *comprensión* por parte del usuario de la naturaleza del deseo erótico en tanto que dimensión valiosa del propio yo, el significado real y profundo que para uno tiene en su proyecto vital.

El/la terapeuta debe comprender que el manejo del deseo sexual pasa por diferenciar el reconocimiento de la parte privada, secreta, inconfesable e irracional del deseo erótico y la parte en cierto modo pública, «expresable»,

«compatible», en el ámbito de la relación e incluso en el ámbito de la terapia. No se trata de que el/la terapeuta intente penetrar, invadir, valorar o diagnosticar la parte privada del deseo erótico, sino de crear un espacio en el que el sujeto pueda explorar su mundo (erótico) interno. La comprensión por *insight* de la configuración del propio deseo sexual ayudará, sin duda, a su manejo, tanto en el plano individual como compartido.

Esta propuesta comprensiva va en dirección opuesta a otros modelos que, explícita o implícitamente, proponen un modelo estandarizado de experiencia sexual al que el usuario debe acceder para certificar su curación.

6.6. Manejo de la relación

El proceso de comprensión que se propone como procedimiento terapéutico esencial requiere de la utilización de la capacidad reflexiva que hace posible la mentalización⁴⁴, como veremos posteriormente. La teoría del apego nos permite comprender las profundas interacciones que se producen entre el sistema de apego (vinculaciones afectivas) y el sistema sexual, como se ha argumentado en el primer capítulo. Vemos cómo estas interacciones tienen lugar en la relación intersubjetiva entre dos personas en el espacio de la intimidad erótica. Por ello, el/la terapeuta deberá tener en cuenta las siguientes cuestiones a lo largo del proceso terapéutico:

a) *Los perfiles de apego generan expectativas ante las relaciones interpersonales.* Los modelos internos funcionan como filtros de la realidad, de modo que, según cuál sea la tendencia del individuo, bien hacia la ansiedad, bien hacia la evitación, la interpretación de la misma será diferente. Esta interpretación, claramente subjetiva, genera expectativas hacia lo que va a ocurrir. Estas pueden ser conscientes o inconscientes, y pueden condicionar la interacción.

Estas expectativas son el resultado de los modelos operativos internos que, como ya hemos indicado, son el conjunto de representaciones mentales grabadas a partir de las interacciones con las personas significativas a lo largo de la vida. Desde el punto de vista emocional, una experiencia puede activar reacciones emocionales asociadas a otras experiencias significativas

anteriores en el tiempo y evocadas en la actualidad, en función de los modelos operativos internos. Por ejemplo, un niño de tres años sintió mucho miedo porque estaba en un medio extraño con personas desconocidas. Se aferró a su padre y esta acción le produjo una sensación emocional provisional de relajación, bienestar y sosiego, se sintió protegido en ese momento. Sin embargo, el padre, que estaba entretenido con unos amigos, no fue capaz de leer el estado emocional de su hijo y, lejos de empatizar y contenerle, le dijo: «Ten estos cuentos y quédate aquí un rato, que tengo que hacer unas cosas». El niño se quedó solo, angustiado y desesperado, sin contención, durante una hora. Cuando volvió, el niño corrió hacia él, se agarró ansiosamente y entre sollozos inició una rabieta. Es un ejemplo simple que nos sirve para ilustrar cómo lo que cuenta en la experiencia del niño son las emociones, la ansiedad o el miedo que surgen ante el desamparo por parte de un padre que no «conectó» emocionalmente con su hijo en esa situación. El conjunto de la experiencia, que incluye el registro cognitivo de lo acontecido, queda grabado como una representación mental a modo de engrama. Si este tipo de representación mental, generadora de inseguridad y desasosiego, es mayoritario en el conjunto de los modelos operativos internos, el resultado conformará un perfil inseguro y desconfiado en las relaciones interpersonales. El hecho de que este tipo de experiencias emocionales negativas sean frecuentes en el niño citado, considerando los perfiles de apego de sus figuras de apego incapaces de reconocer sensiblemente los estados mentales del niño, forjará en gran medida su estilo de apego, que se expresará a través de las experiencias relacionales a lo largo de su biografía.

Supongamos que el niño del ejemplo, ya de adulto, acude a una consulta por las dificultades sexuales que tiene con su pareja. Relata que cuando intenta aproximarse emocionalmente de un modo más íntimo a ella, acercándose de una manera especial más allá de la rutina, ella suele decir: «*No es el momento*». Él se deprime, a veces pierde el deseo de mantener relaciones sexuales, en ocasiones pierde la erección. Él, como es obvio, no puede establecer la conexión entre experiencias significativas históricamente anteriores y reacciones actuales. La experiencia en la infancia que se ha relatado a modo de ejemplo pudo generar un cierto grado de angustia ante el

desamparo, que quedó grabado en la memoria a través de determinados códigos de almacenamiento. En la actualidad, el acceso y recuperación de contenidos dolorosos de la memoria se rigen por códigos diferentes que hacen imposible su relación. Solo en la medida en que el sujeto comprenda emocional y cognitivamente el fenómeno, el cambio se originará. Si este cambio se produce, comprenderá que su forma de reaccionar no se circunscribe a los síntomas que ha planteado en el plano de la experiencia erótica, sino a todas las situaciones similares de exigencia relacional, tengan que ver, o no, con la sexualidad.

Las representaciones mentales se componen, por un lado, de los contenidos cognitivos registrados a través del procesamiento de la información y, por otro, de la activación de emociones asociadas a la experiencia vivida. El conjunto de representaciones mentales configura los modelos operativos internos a lo largo de la historia socioafectiva. Desde el punto de vista cognitivo, los contenidos que la persona registra en la memoria no responden necesariamente a una «realidad objetiva», sino al resultado de esa experiencia una vez filtrada por los modelos operativos internos ya existentes. La psicología cognitiva informa bien del efecto de las distorsiones cognitivas en la conducta y propone estrategias terapéuticas para su tratamiento. Sin embargo, a mi modo de ver, la reestructuración cognitiva, es decir, la mera sustitución de contenido cognitivo que mantiene un comportamiento no deseable por otro considerado correcto, no es suficiente si no se comprende la base emocional que explica el origen de la distorsión cognitiva.

Por ejemplo, las personas que propenden a la ansiedad/ambivalencia tienden a pensar que, hagan lo hagan, podrían ser abandonadas. Las personas predispuestas a la evitación tenderán a pensar que son autosuficientes, que no necesitan implicarse emocionalmente, puesto que ello denota dependencia y debilidad. Vemos que algo fundamental tienen en común ambos perfiles: el miedo al abandono, la pérdida o la desestructuración de uno mismo. Para combatir esta angustia, se activan estrategias defensivas como la hiperactivación del sistema de apego, propio de personas ansioso-ambivalentes, o la desactivación del sistema de apego, propio de personas evitativas.

Estas expectativas pueden ser confirmadas, o no, en función de la interacción con la otra persona. En términos terapéuticos, la habilidad del terapeuta consiste en provocar «experiencias correctoras» que desconfirman la expectativa, generando mayor seguridad y modificando de este modo los comportamientos.

La teoría de sistemas aplicada a las relaciones de pareja nos indica que el comportamiento de uno tiene un efecto evidente en el otro. De hecho, lo que uno hace puede estar motivado por lo que haga el otro, lo que, a su vez, le condiciona. Una disfunción sexual puede surgir de la dinámica misma del sistema relacional.

El/la terapeuta debe observar cuidadosamente, desde un punto de vista sistémico, cuáles son los perfiles de las personas que está atendiendo y cómo interactúan entre sí. Una parte del conflicto se puede explicar por el hecho de que el otro miembro de la pareja, por su propio perfil, puede estar confirmando la expectativa del otro y cronificando así la dificultad. Por ejemplo, una persona con una clara tendencia hacia la ansiedad tendrá la expectativa de ser finalmente abandonada. Por ello, mostrará una alta hipervigilancia en todo lo que ocurre en su entorno relacional, especialmente en situaciones de proximidad psicológica. Si la persona con la que se relaciona en el espacio de intimidad erótica tiende a ser también insegura, bien evitativa, bien ansiosa, la expectativa previa tiende a confirmarse. Estas personas suelen ser extremadamente susceptibles a señales emocionales, gestos, muecas, expresión facial, miradas o señales verbales, palabras y comentarios. Si la otra persona, por su propio perfil, no es capaz de aportar una cierta base de seguridad por las mismas vías de comunicación emocional, la expectativa se confirma. Por tanto, la inseguridad en la relación y las defensas asociadas se perpetúan. Ocurre algo bien diferente si, en la intimidad de la relación, la otra persona desconfirma la expectativa, comprende el estado emocional de la otra persona y es capaz de procurar una respuesta sensible y actuar en consecuencia.

El/la terapeuta no puede dejar de considerar esta dinámica de relación ante cualquier interacción en el ámbito de la experiencia erótica.

b) *Los comportamientos deben ser entendidos en términos de*

comprensión del estado mental de uno mismo y del otro. El proceso de comprensión de la experiencia erótica, como forma de interpretar la terapia sexual, requiere de la convicción de que el comportamiento se explica mejor en términos de comprensión de los estados mentales. Esta es la base de la mentalización como procedimiento psicoterapéutico, cuya aproximación teórica se ha planteado en el primer capítulo y a la que volveremos más tarde. El comportamiento de uno de los miembros de la pareja ante la situación conflictiva se explica mejor por la capacidad de este para comprender el estado mental de la otra persona, es decir, de la capacidad empática. Esta capacidad, a su vez, depende de las posibilidades que tenga de mentalizar, dicho de otro modo, de operar desde el yo reflexivo que permite entender que la interpretación que hace de lo que está ocurriendo es tan solo una entre otras posibles. La imposibilidad de hacerlo y la rigidez en la comprensión dependen fundamentalmente de que esta persona se sitúe en una posición prementalizadora, como se ha indicado en el punto 1.9. Solo desde la mentalización se puede modular el comportamiento, en la medida en que este permita comprender que lo que el otro hace se relaciona con su estado emocional.

Por ejemplo, José piensa que tiene una necesidad de actividad sexual que su pareja no le satisface. Las relaciones sexuales son relativamente frecuentes, pero él cree que son insuficientes. Lucía, sin embargo, disfruta del sexo, pero su apetencia es mucho menor. No suelen hablar del tema, aunque periódicamente, cuando sale la conversación, comienzan los reproches, la tensión y el conflicto. Sube el tono, se alzan las voces, las emociones se desbocan y la cosa termina en un enfado que dura días. Aparecen sombras de ruptura. José reconoce que en pleno conflicto pierde los papeles, le grita y la descalifica. Lucía va perdiendo cada vez más interés por el sexo porque no le sirve para lo que ella desea. Las relaciones sexuales siguientes son vividas por José como algo que debe arrebatar; para Lucía supone una actividad física que cada vez le decepciona más. La interpretación que hace José es que a Lucía le cuesta mantener relaciones sexuales porque sigue siendo en el fondo una mujer «estrecha» que no madura. Cuando hablan de este tema, él empieza a darle vueltas y vueltas a este argumento; cuanto más lo hace más se enfada, entrando en una espiral emocionalmente perturbadora en forma de

ira y enojo que solo se alivia con gritos y saliéndose bruscamente de la situación. Lucía no entiende lo que pasa; cree que si cambiara un poco de actitud, si pudiese ser escuchada, las cosas cambiarían, y piensa sinceramente que José está equivocado, pero no hay forma de entrar en la cuestión.

Sirva este breve relato para ejemplificar que la situación de José ante el conflicto es prementalizadora. Probablemente se encuentre en un estado de equivalencia psíquica a partir de la cual cree que su mundo interno, el cúmulo de emociones que siente (rabia, ira, enfado) y su mundo externo (lo que ocurre en la relación con Lucía) es lo mismo. Por eso se siente legitimado para el enfado y mantiene que solo el cambio de actitud hacia el sexo por parte de ella arreglará las cosas. Solo en la medida en que José sea capaz de mentalizar la situación, poniendo en cuestión la interpretación que hace del conflicto, será posible flexibilizar y modificar sus modelos operativos internos que regulan la comunicación en la intimidad. De este modo se abriría en él la posibilidad de comprender el comportamiento sexual de ella en términos de estados mentales, llegando a entender el significado que para su pareja tiene la experiencia erótica. La capacidad de exploración del mundo interior de José le debería llevar a plantearse de dónde surgen realmente estas emociones, por qué siente lo que siente. A modo de hipótesis, tal vez la rabia surja como respuesta a un sentimiento de ofensa al verse cuestionado como amante, algo así como: «Eso que tú tanto valoras, a mí no me interesa». En cualquier caso, la interpretación por la interpretación, hecha por el terapeuta, no tiene mayor sentido. Se trata de alentar un camino de exploración que solo José, apoyado en su terapeuta como base de seguridad (plataforma de apoyo) y también en su pareja, tendrá que recorrer. El conflicto del ejemplo lo hemos visto desde la perspectiva de José, pero resulta de enorme interés observarlo desde la perspectiva de Lucía, la cual deberá llevar a cabo el mismo proceso de mentalización. He aquí la necesidad de solvencia del/la terapeuta.

c) *Diferenciación y confianza*: capacidad de exploración. El/la terapeuta debe tener en cuenta la importancia de la relación que existe entre la autonomía personal (diferenciación del yo) y la necesidad de confianza en el otro. El procedimiento terapéutico debe orientar a las personas con las que se trabaja al reconocimiento de uno mismo como un ser emocionalmente

autónomo, sin hipotecas, sin dependencias innecesarias, que a partir de sí mismo/a, confiando en el otro como base de seguridad, inicia un proceso de exploración en su mundo interno que le lleve al reconocimiento de los significados que el erotismo representa para él y el lugar que debe ocupar en relación con su proyecto vital, que, con toda probabilidad, estará interconectado con otra persona, y que, a su vez, podrá emprender su propia exploración desde su autonomía emocional. El desarrollo del potencial erótico que defendemos no solo desde el plano del crecimiento personal sino como elemento psicoterapéutico, está claramente relacionado con la capacidad de exploración. Desde este punto de vista, vemos que el desarrollo del potencial erótico está estrechamente relacionado con la igualdad y el respeto a la diversidad, donde la calidad de la experiencia erótica es directamente proporcional a la autonomía personal.

d) *La «conectividad» en la relación.* Se trata de un estado emocional de conexión con el otro. La metáfora de la cibernética vuelve a ser útil en este momento. A las personas de mi generación, para las que el inicio de las nuevas tecnologías apareció después de la educación básica y superior, es decir, no nos escolarizamos con ellas, la comprensión de los mecanismos básicos de la informática nos ha costado un poco más. Si se me permite esta pequeña digresión, el hecho de que una fotografía pase de un dispositivo móvil a otro me parece mágico, por mucho que comprenda en qué consiste el lenguaje binario. Pongamos como ejemplo el sistema *bluetooth*. Si alguien pretende enviar una fotografía a otro dispositivo tiene que dar los siguientes pasos: a) conectar el sistema en el propio dispositivo, b) solicitar al usuario del otro dispositivo que también lo haga, c) comprobar todos los dispositivos al alcance, d) seleccionar aquel con el que se desea conectar, e) solicitar permiso y f) una vez recibido, enviar el mensaje, en este caso una fotografía.

Vemos cómo se produce un acto de comunicación relacional donde el actor muestra indubitavelmente su intención de conectar. Busca el estado de receptividad del otro dispositivo (la otra persona), para lo que recibe y percibe con claridad las señales del otro. Pide permiso, la otra persona lo recibe y lo acepta. Y he aquí la magia: la fotografía pasa de un dispositivo a otro.

Algo muy parecido ocurre en la comunicación interpersonal. En situación de intimidad, la persona en concreto lanza, a través de señales por lo general no verbales, la intención de conectar y pide permiso para ello. La otra recibe el mensaje y envía su aceptación, y entonces, ¡magia!, las dos personas están conectadas, dos cerebros se vinculan, la comunicación más profunda se hace posible, una comunicación, intersubjetiva, emocional, en parte consciente, en parte no consciente. Esta conexión no es permanente, del mismo modo que tampoco lo es en los dispositivos del ejemplo, sino que se producen en los momentos oportunos y necesarios, en el contexto requerido como es la intimidad afectiva y erótica. El lector convendrá conmigo en que es imposible transmitir una fotografía a otro dispositivo que no esté conectado, que no acepte la conexión o si el sistema falla. La psicoterapia debería trabajar en estos niveles de comunicación.

Los teóricos e investigadores en el campo de la teoría del apego afirman que este fenómeno solo es posible a partir de la base segura, a partir de la cual se produce la comprensión de la necesidad de conectar a este nivel profundo, la capacidad de enviar a la otra persona las señales adecuadas, la sensibilidad de percibir e interpretar de forma adecuada las señales de la otra persona, la ausencia de miedos infundados que pueden bloquear la situación, la sensibilidad necesaria para captar las «ondas» que el otro/a está enviando, la capacidad de atención plena en lo que ocurre en ese espacio privilegiado de intimidad.

No se trata solo de un proceso cognitivo de procesamiento de información, ni de una cuestión elemental de refuerzos a conductas, sino de una disposición a la comunicación, a la apertura de los canales necesarios para la «conexión» emocional de calidad.

La inseguridad en el apego, expresada de un modo u otro, activa las defensas⁴⁵ que alteran las vías de comunicación. Una mujer me decía: «Parece bobo, no se entera, por más señales que le envío, no las capta, no reacciona, me rehúye la mirada, se tensa con mis caricias, se agarra al guion de lo que conoce, no hay forma, al final... desilusión, insatisfacción...». Por lo demás, la relación de su pareja era instrumentalmente adecuada, conseguían un equilibrio inestable, como dos escobas que se mantienen erguidas al apoyarse una en la otra. Equilibrio, sí, finalmente sí, pero muy

inestable y vulnerable. Su esfuerzo consistía en mantenerlo a toda costa. La conexión emocional, en este caso, era percibida como altamente arriesgada, y por tanto se bloqueaba y era absorbida por el sistema. La demanda que la pareja expresó en la primera consulta fue: «Venimos porque este tiene eyaculación precoz».

6.7. Interacción entre ambas dimensiones

De un modo u otro, en esta propuesta de terapia sexual estamos tratando de aplicar los contenidos teóricos y empíricos aportados en los capítulos precedentes. En los puntos anteriores hemos visto la importancia y la necesidad de ayudar a manejar el deseo erótico (sistema sexual) y sus correspondencias en comportamientos sexuales como objetivo terapéutico, así como la importancia y la necesidad del manejo de la relación interpersonal en el contexto de la intimidad (sistema de apego). Ahora, desde el punto de vista del tratamiento, debemos considerar la importancia de comprender y ayudar a comprender la interacción entre los dos sistemas que, como ya hemos indicado, o bien se potencian de manera extraordinaria o bien se interfieren gravemente, dando lugar a la mayor parte del malestar en materia de experiencia erótica.

El deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales deben brotar en un espacio de confianza, seguridad y confortabilidad en la intimidad. El espacio de intimidad puede ser percibido como amenazante y resultar una fuente de ansiedad que puede provocar la inhibición del deseo erótico, el bloqueo del reflejo de vasodilatación y vasocongestión propio de la excitación, o el reflejo del orgasmo. Este fenómeno puede explicar el origen, o por lo menos uno de ellos, del miedo a la intimidad como fuente de ansiedad relacionada con causas remotas a la que se refería Helen Singer Kaplan (1979).

Si la terapia sexual se desarrolla desde una perspectiva sistémica e intersubjetiva, se deberán considerar los perfiles de apego de cada miembro de la pareja, el estilo de interacción, las expectativas y los objetivos en relación con el otro. Desde este punto de vista, se debería establecer como objetivo terapéutico lograr un espacio protegido de intimidad que sea

percibido como un lugar seguro, cálido y confortable. Pero tanto la teoría como la investigación indican que las personas inseguras, ansiosas o evitativas muestran dificultades para ello. Las personas ansiosas mostrarán un estado de hipervigilancia hacia sí mismas y hacia sus parejas que les impedirá alcanzar el estado de relajación necesario para dejarse llevar por la experiencia erótica (Gómez-Zapiain, 2009). Las personas evitativas tendrán dificultades para «leer» de forma adecuada el estado emocional de la otra persona, lo que les impedirá conectar emocionalmente y armonizar las interacciones eróticas con empatía. Vemos cómo la perspectiva del apego enriquece el desarrollo del término «procesos psicológicos» del modelo del quantum propuesto por Schnarch.

La perspectiva del apego en el ámbito de la psicoterapia considera que el cambio se produce a través del vínculo. Es decir, el cambio deseado y administrado por el propio sujeto se producirá a través de la integración de experiencias correctoras que no confirmen las expectativas marcadas por los propios modelos internos. De este modo, la terapia debe contribuir a recuperar la base de seguridad desde la que manejarse uno a sí mismo. La seguridad en el apego, como hemos indicado, se consigue en la medida en que la figura de apego es capaz de respuesta sensible, es decir, en la medida en que es capaz de conectar adecuadamente con el estado emocional del otro/a. El papel del terapeuta es clave en este sentido, así como el manejo de la contratransferencia y la alianza terapéutica, que desarrollaré más adelante.

6.8. La exploración y los cuidados como recursos terapéuticos

El proceso de comprensión como referencia básica de esta propuesta de intervención terapéutica debe basarse, desde la perspectiva de la teoría del apego, en el sistema de exploración. Se trata de potenciar esta capacidad por parte del sujeto, tanto de su mundo interior como de su mundo relacional. En la infancia, la respuesta sensible por parte de la figura de apego genera la base de seguridad que constituye la plataforma a partir de la cual el niño puede explorar el mundo. En la etapa adulta ocurre lo mismo, es decir, exploramos en la medida en que poseemos una plataforma (base de seguridad) en la que apoyarnos. Las personas que tienden a la seguridad del

apego tienen mayor capacidad de exploración; por tanto, un objetivo en la terapia es optimizar esta capacidad a través de la reestructuración de los vínculos. El papel que desempeña el terapeuta puede ser determinante en el trabajo terapéutico.

La capacidad de exploración del mundo interior es decisiva, bien para el crecimiento personal, bien para la resolución de conflictos. En el ámbito de la terapia sexual es igualmente importante. En todo proceso terapéutico es inevitable inducir a las personas a que se impliquen en, digamos, «su propio plan de exploración». La exploración del mundo interior puede verse como peligrosa o arriesgada. Ante ello surgen las defensas que la impide o bloquea. La exploración del interior de un bosque desconocido o del fondo marino, o la ascensión a una cumbre, pueden percibirse como acciones demasiado arriesgadas. Ante ello, algunas personas pueden optar por lanzarse a ello incondicionalmente; otras, en cambio, pueden negarse con argumentos tales como «Eso no va conmigo», «No veo el placer que algunos le encuentran» o «No me atrevo». Para implicarse de modo razonable en la exploración de algo que se percibe como arriesgado, se necesita un mínimo de confianza personal y los apoyos necesarios. No es posible ascender al Everest sin plataformas de apoyo, es decir, los campamentos base.

En el ámbito de la psicoterapia, el terapeuta deberá valorar el grado de confianza personal, por un lado, y el tipo de apoyos, por otro. Vemos que estos dos aspectos tendrán que ser considerados y atendidos a lo largo del proceso terapéutico. En relación con los apoyos, en la atención individual, el terapeuta apelará a las bases de seguridad a través de figuras significativas. En el trabajo con parejas, el/la otro/a desempeña un papel determinante. Deberán valorarse los perfiles de apego y la relación entre ellos. Desde esta perspectiva, el papel del terapeuta es esencial, puesto que él mismo es un apoyo emocional, una figura significativa en la medida en que su objetivo consiste en constituirse en base de seguridad, estableciendo con la persona o la pareja con la que trabaje un vínculo seguro a través del cual se puedan corregir determinadas inercias (Wallin, 2007).

En términos psicoterapéuticos, la capacidad de exploración tanto del mundo interno —hacia el interior de uno mismo— como del externo —hacia la comprensión del mundo relacional, y por tanto de pareja— está

íntimamente ligada con el concepto de mentalización.

Recuperamos en este punto el sistema de cuidados. Si el sistema de apego está diseñado para la supervivencia del individuo y para su desarrollo en términos evolutivos, el sistema de cuidados es la otra cara de la moneda. Es sabido que, en la infancia, el estado de angustia, aflicción o inseguridad activa el sistema de apego del niño/a, que le impulsa a la búsqueda de proximidad con las figuras significativas (figuras de apego). En presencia de respuesta sensible por parte del adulto, se activa en este el sistema de cuidados conducentes a la atención, contención, satisfacción de necesidades, apoyo y seguridad. Si esta interacción contingente entre sistemas de apego y de cuidados es adecuada, esta experiencia se inscribirá en el psiquismo como engrama cuyo conjunto forman los modelos internos que regulan las relaciones interpersonales, en especial las de mayor proximidad psicológica. Observemos que en la infancia las relaciones de apego son asimétricas. Sin embargo, en la vida adulta las relaciones son simétricas, de modo que uno es, o debería de ser, cuidador y objeto de cuidados: «Yo te quiero, tú me quieres; yo te protejo, tú me proteges; yo tu cuido, tú me cuidas». Esta dinámica es óptima cuando se realiza desde la autonomía de un yo suficientemente bien diferenciado, no desde relaciones de dependencia que, en ocasiones, son invalidantes y que el terapeuta debe valorar en el proceso⁴⁶.

Desde el punto de vista de la intervención terapéutica, para que la comunicación erótica fluya es necesaria la capacidad de descentrarse de uno mismo con el fin de poder comprender y atender las necesidades de la otra persona, es decir, para poder desarrollar la dimensión alocétrica del deseo sexual tal y como hemos descrito en el punto 3.3. Ello solo es posible desde un yo bien estructurado que hace posible la autonomía emocional a partir de la cual se establecen las relaciones intersubjetivas.

Anteriormente se ha afirmado que los cuidados sensibles se producen cuando, en la dinámica de pareja, el bienestar del otro entra dentro de los objetivos de uno mismo. Por tanto, la contribución al desarrollo del potencial erótico de la otra persona es una forma de cuidar, forma parte del sistema de cuidados. Cuidar eróticamente al otro/a de modo sensible consiste en «leer» de modo adecuado su estado emocional, ser capaz de comprender sus necesidades eróticas. Ello requiere del *re-conocimiento* de las características

del erotismo de la otra persona, además de las del propio. Es necesario valorar en este punto las dificultades masculinas de comprensión del erotismo de las mujeres. Una parte de las dificultades sexuales se puede explicar por el efecto que el modelo masculino de satisfacción sexual provoca tanto en mujeres como en hombres. Por ejemplo, una porción no desdeñable de hombres con dificultades de erección o con orgasmos prematuros sufre más por lo que estas suponen de «atentado a su virilidad» que por la disfunción sexual en sí misma. Por su parte, una porción no desdeñable de mujeres «encubrirían» sus dificultades de conexión con su auténtica dimensión erótica de mujer transfiriéndolas a la incompetencia de sus parejas.

Muchas de las dificultades sexuales que pueden derivar en las llamadas disfunciones sexuales, y que a menudo se asocian también al malestar o deterioro de las relaciones de pareja, provienen de las dificultades de comprensión y aceptación de los estados emocionales propios y de la otra persona.

Desde la perspectiva de la terapia sexual, centraremos la atención en dos aspectos:

- a) Importancia de la regulación emocional del deseo erótico. Desde la dimensión egocéntrica, la exploración del mundo interior permite ahondar en la naturaleza del deseo erótico, en el contenido del imaginario erótico, los estímulos, los aspectos racionales y los irracionales, lo realizable y lo irrealizable, lo confesable y lo inconfesable, lo público y lo privado. Lejos de filtros morales o ideológicos, presiones internas o externas, la exploración permite comprender la configuración del deseo erótico y solo a través de su conocimiento permite poner la razón al servicio de la regulación. La regulación del deseo sexual, desde el uso de la razón a través de la exploración del mundo interno relacionado con él, es esencial para entender el origen de las agresiones sexuales y un elemento fundamental para integrar en los tratamientos psicológicos.

Desde la dimensión allocéntrica, la exploración permite comprender la naturaleza del deseo de la otra persona, entender y aceptar su imaginario erótico, constituirse uno/a mismo/a en objeto de deseo de la

pareja y contribuir a su satisfacción, comprendiendo y percibiendo con claridad sus necesidades.

- b) Importancia de la estabilidad emocional basándose en los vínculos afectivos. La receptividad de las sensaciones eróticas, la capacidad, la libertad de dedicarse a la dimensión egocéntrica del deseo erótico en presencia del otro/a y, simultáneamente, ser consciente de la dimensión alocéntrica, es decir, el papel que uno esté desempeñando en la satisfacción del otro, depende de la confianza y seguridad en uno mismo y en el espacio de intimidad.

Es aquí donde se pone en juego el sistema de cuidados. Cuidar eróticamente supone comprender el erotismo de la otra persona y actuar en consecuencia. Para ello, es necesario habilitar la capacidad de comunicación intersubjetiva, emocional y verbal, y la sintonía relacional, tal y como se han descrito en el primer capítulo. El bienestar compartido surge del equilibrio entre la dimensión egocéntrica y la alocéntrica. El desarrollo del potencial erótico, como lo hemos definido más arriba, tanto propio como de la pareja, forma parte del sistema de cuidados. La exploración tanto del mundo interior en relación con la dimensión afectiva y sexual, como del mundo exterior en lo que se refiere a la interacción con la otra persona, permite obtener las claves para cuidar a la otra persona de modo eficaz en términos eróticos.

6.9. La mentalización como vía para la comprensión en terapia sexual

La comprensión como procedimiento psicoterapéutico ha sido propuesta por diversos autores y diferentes escuelas. Se trata de un proceso a través del cual el sujeto toma conciencia de su propia experiencia y por el que llega a comprender las verdaderas motivaciones que explican sus reacciones emocionales y comportamentales. El *insight* es el fenómeno capaz de promover los cambios necesarios para resolver los conflictos.

En la actualidad, la teoría del apego ofrece un importante marco teórico y abundante evidencia empírica realmente útil en la fundamentación del proceso de comprensión. En puntos anteriores se ha incidido en la importancia del sistema de exploración, tan decisivo en el desarrollo

psicológico y en el crecimiento personal en cualquier momento del ciclo vital. Se ha subrayado la importancia de la capacidad de explorar el propio mundo interior a partir del mundo relacional y el papel que desempeña en la dinámica de pareja en relación con la experiencia erótica.

Resulta evidente que la capacidad de explorar está íntimamente relacionada con la mentalización. En el capítulo 1 se ha desarrollado teóricamente este concepto. En este punto corresponde desarrollar su aplicación práctica.

En el primer capítulo hacíamos referencia a la idea de que el yo se despliega en tres ámbitos bien diferenciados que adquieren relevancia desde la perspectiva de la terapia sexual: el cuerpo, las emociones y el mundo representacional. A partir de ello, entenderíamos el yo en cuatro instancias: el yo somático, el emocional, el representacional y el reflexivo. Remito a los lectores a ese punto.

El *cuerpo*: las primeras sensaciones somáticas se inscriben en él. Se trata de reacciones físicas preprogramadas a estímulos ambientales que proceden del contacto en la relación con las figuras de apego. La sensación de la piel, la conciencia de los límites corporales, las sensaciones propias del contacto corporal y la geografía corporal estructuran la base del propio yo. Alguien dijo: «No es que tengamos cuerpo, somos cuerpo». Las sensaciones corporales están necesariamente ligadas al contacto con personas significativas, ligan la experiencia del placer corporal a la relación interpersonal y tienen un papel relevante en la comunicación intersubjetiva.

Por todo ello, la capacidad de entregarse, de dejarse llevar por sensaciones voluptuosas, hunde sus raíces en estos momentos primigenios de proximidad y contacto corporal. La calidad de la experiencia erótica proviene en gran medida de la calidad de la experiencia en el espacio de intimidad entre el/la niño/a y su figura de apego, donde la seguridad genera un modelo de relación física sensible, cálida y empática. Parafraseando a Félix López, es en esta relación primigenia en la que el bebé aprende a tocar y ser tocado, a besar y ser besado, a sentir el propio cuerpo a través de la proximidad y el contacto con el cuerpo del adulto (López, 2008).

Sin duda, estos modelos de relación corporal, sensibles y confiados,

generan engramas grabados en la memoria que se activan en la intimidad erótica durante la vida adulta y que pueden explicar dificultades sexuales. El psicoterapeuta tiene aquí un campo para la exploración en el proceso terapéutico.

¿Qué lugar ocupa esta reflexión en la propuesta que se está desarrollando? Recordemos el modelo del quantum. El primer término del segundo miembro de la ecuación hace referencia a la *estimulación física*. La capacidad de sentir intensamente sensaciones eróticas no depende de la mera estimulación física, de las caricias o de cualquier otro tipo de estimulación, sino de la actitud previa ante la receptividad de las mismas. Las personas más inseguras, con un yo menos diferenciado, activarán resistencias hacia las sensaciones de placer erótico. Las terapias de corte conductual que se basan en el aprendizaje de técnicas de estimulación, como los ejercicios de focalización sensorial, o en las instrucciones que subyacen al neologismo *placereado*, tenderán a fracasar en personas cuyas defensas ante el placer sean lo suficientemente potentes.

En mis inicios, como muchos psicoterapeutas principiantes, me apoyaba con firmeza en un manual: seguía al pie de la letra las indicaciones de H. S. Kaplan. Prescribía ejercicios de focalización sensorial y los analizaba en la sesión siguiente. Era frecuente encontrar personas que afirmaban: «No he sentido nada». Yo insistía, pensando que repetir la experiencia finalmente provocaría el cambio. Con el tiempo fui consciente de la diferencia entre los verbos *sentir* y *percibir*. Mis pacientes se equivocaban de verbo y yo me confundía en la interpretación. La cuestión era que no *percibían* las sensaciones exteroceptivas propias de la estimulación física. Así como el verbo *sentir* conlleva una connotación objetiva («siento un pinchazo, el calor, el frío, el placer, el dolor...»), el verbo *percibir* la tiene subjetiva, es decir, la sensación objetiva es filtrada por determinadas instancias que la convierten en subjetiva, la alteran, la interpretan, la bloquean. A modo de ejemplo, recuerdo a una mujer que, en consulta, me explicaba cómo la estimulación de sus genitales, del clítoris en concreto, le producía sensaciones agradables, pero que, a partir de una determinada intensidad, se mutaban en «pinchazos dolorosos». Pudimos descartar la presencia de alguna causa orgánica que lo justificase. Este cambio en la percepción de las sensaciones a partir de

determinados niveles de intensidad en el placer sexual se convirtió en un reto, tanto para la protagonista como para su terapeuta: ¿qué nivel de intensidad en la experiencia del placer erótico era tolerable para esta mujer, antes de que se disparasen intensos sentimientos de culpa con la capacidad para alterar la percepción de las sensaciones?

Así, el bloqueo entre las sensaciones epidérmicas placenteras y la percepción cerebral de las mismas dependía de un filtro claramente subjetivo, cuyo carácter era defensivo. En consecuencia, este tipo de prescripciones, en su momento, no las utilicé como un modo de aprendizaje de técnicas eróticas hacia las parejas atendidas, sino como estímulos que activaban resistencias. Estas se convertían en el auténtico material de elaboración en la sesión clínica. En realidad, la propia Kaplan también lo indicaba cuando afirmaba que las resistencias habían de ser abordadas siempre y cuando impidieran la recuperación del síntoma. La perspectiva que aquí se defiende, basada en principios de segunda generación, pondría el foco en la comprensión intersubjetiva del fenómeno, más que en la recuperación del síntoma, sin que ello suponga la negación o trivialización del mismo.

Desde esta propuesta de intervención en terapia sexual, se mantiene que una parte importante de las resistencias están relacionadas con los modelos internos expresados en estilos de apego. La inseguridad, en términos de ansiedad o evitación, podría activar las defensas contra el placer erótico. Como bien sabemos, la activación del sistema nervioso simpático —tensión ante la percepción de riesgo, defensa, ataque o vigilancia— es incompatible con la activación del parasimpático —relajación, receptividad, focalización de la atención en las sensaciones propioceptivas y exteroceptivas—. Sin duda, la ansiedad emergente puede estar en la base de muchas de las llamadas disfunciones sexuales.

Las *emociones*: la regulación emocional es esencial porque el intercambio de afectos es el único medio de comunicación intersubjetiva en los primeros años de la vida. Las relaciones de apego son el contexto primario donde se aprende a regular los afectos y emociones, y por tanto los patrones de relación en la edad adulta surgen de esas primeras relaciones afectivas, que determinarán el modo y el grado de receptividad personal ante las

experiencias. La conexión entre el cuerpo y las emociones es evidente, ya que estas son evaluaciones instintivas sobre los estados del organismo (Bowlby, 1989) y los procesos por los que evaluamos de forma visceral la bondad o maldad de las experiencias, a partir de los cuales se decide el modo de actuar (Wallin, 2007).

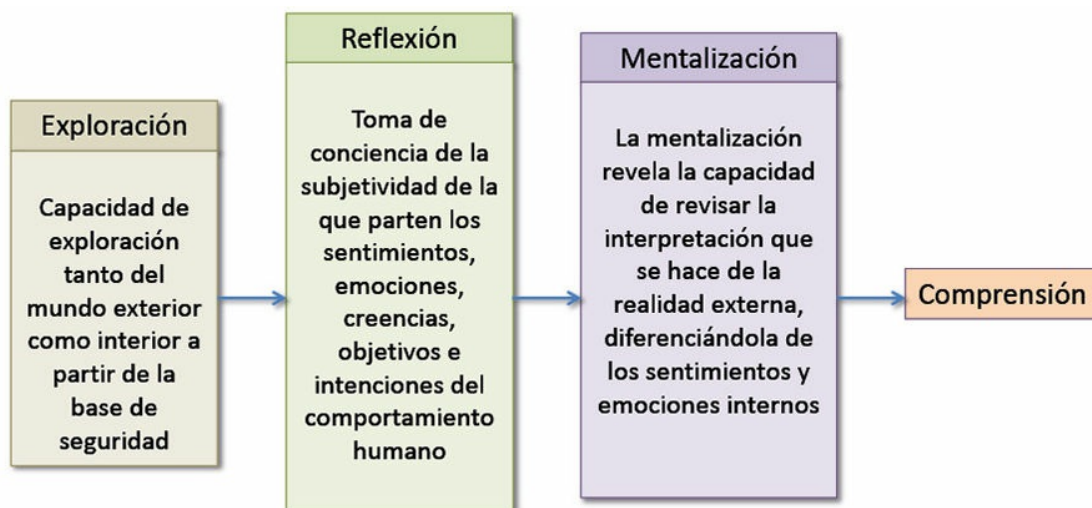
El mundo representacional: la representación que uno tiene de sí mismo y de los demás es subjetiva. La subjetividad proviene de la interacción en el origen, de modo que estas representaciones de la realidad serán flexibles y maleables si se gestan en un contexto de seguridad, junto con las emociones y su regulación. Tanto la flexibilidad en las representaciones mentales como la adecuada regulación emocional funcionarán como guías en la definición adaptativa de nuestras decisiones conscientes en el futuro.

La capacidad de reflexión: permite tomar conciencia de la subjetividad, de la que parten los sentimientos, emociones, creencias, objetivos e intenciones del comportamiento humano, los cuales integran la conciencia del sí mismo, en relación con los demás y con el ambiente. El yo reflexivo viene a ser como el lugar de control del propio yo, responsable de la síntesis entre las sensaciones, las emociones, las representaciones y, finalmente, los comportamientos. Esta síntesis siempre es parcial, puesto que la conciencia de uno mismo forma parte del mundo consciente. La mentalización permite comprender que las motivaciones de los comportamientos provienen en alguna medida de elementos no conscientes que intervienen en la percepción de la realidad, siempre subjetiva.

El modelo de terapia sexual que se propone en esta monografía toma como referencia estas tres instancias y las traslada a la comprensión de la experiencia erótica, en la que la capacidad de dejarse llevar por sensaciones voluptuosamente placenteras, la regulación de las emociones asociadas a la experiencia erótica y las atribuciones representacionales que dirigen nuestro comportamiento, en efecto, están ligadas al cuerpo, a las emociones y a las representaciones mentales. Lejos de centrar la atención en los síntomas concretos, se pone el foco en la comprensión de la experiencia erótica en el contexto intrapsíquico y relacional.

Como vemos en el gráfico 20, la capacidad de exploración es innata y contribuye al desarrollo personal. En términos psicoterapéuticos, se debe considerar que la capacidad de exploración se relaciona con la seguridad del apego. El crecimiento personal se apoya en la exploración. El «yo reflexivo» permite sintetizar y manejar los contenidos de la exploración, tomar conciencia de la subjetividad de la percepción de la realidad, y por tanto flexibilizar la posición del sujeto frente a la realidad. Las capacidades de exploración y reflexión hacen posible la mentalización, la cual permite revisar la interpretación que se hace de la realidad externa, diferenciándola de los sentimientos y emociones internos.

La mentalización (o función reflexiva) se refiere a un conjunto de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizarse en los estados mentales. La capacidad para construir representaciones mentales y la habilidad para hacer inferencias forman un mecanismo interpretativo que permite explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno, haciendo atribuciones e infiriendo de la otra persona los estados mentales que explicarían su conducta. La mentalización incluye, por tanto, un componente autorreflexivo y un componente interpersonal, además de la capacidad cognitiva que permite centrar la atención de un modo intencionado, puesto ello al servicio de la comprensión de los estados emocionales, lo cual permite poder realizar juicios ajustados sobre la realidad de la experiencia vivida. Todo ello al servicio de la comprensión de los fenómenos que acontecen, vividos como problemáticos o conflictivos (Bateman y Fonagy, 2016).



Pongamos algún ejemplo. Para las personas con problemas sexuales, el espacio de intimidad erótica, donde se produce la actividad sexual, suele ser percibido como arriesgado. La experiencia erótica no es percibida lúdicamente, como un juego, sino como una ceremonia, un reto personal en el que uno/a se va a poner a prueba. Es inevitable anticipar la preocupación, la ansiedad de lo que acontecerá: «¿Volverá a ocurrir?», «¿Conseguiré controlar?», son preguntas conscientes, o no, que se plantean previamente.

En esta situación, es de nuevo imprescindible permanecer hipervigilante ante las señales y los signos que provienen de uno mismo y de la otra persona, interpretándolos automáticamente: «Me juego mi prestigio», «Se está dando cuenta de que no puedo», «Se aburre», «En realidad no me quiere», «Puede que ya no le atraiga», «Me rechazará», «No doy la talla», etc.

La mentalización permite a) detectar posiciones prementalizadoras que cristalizan los modos de interpretación de lo que realmente está pasando, perpetuando las distorsiones cognitivas, y b) activar la atención plena y la capacidad reflexiva, aplicada a la comprensión del problema, poniéndola al servicio del logro de interpretaciones alternativas más ajustadas a la realidad y que modifiquen aquellas que lo mantienen, producidas por determinadas emociones negativas. En el ámbito de la terapia sexual, si todo esto ocurre, con toda probabilidad la ansiedad asociada al mantenimiento de las dificultades sexuales planteadas en consulta tenderá a desaparecer a pesar de que intencionalmente hayamos retirado el foco de la disfunción sexual propiamente dicha.

Por tanto, para comprender con flexibilidad la experiencia, la realidad de lo que ocurre, se necesita poder mentalizar, lo que a su vez requiere de la capacidad de activar la función reflexiva. Toda exploración de lo desconocido precisa de una base de seguridad. Gran parte de los conflictos emocionales surgen de una relación vincular basada en la inseguridad, producida a lo largo de la génesis de los modelos internos. Por ello, la función del terapeuta consiste en restablecer vínculos de seguridad, en constituirse en base de seguridad que promueva la capacidad de exploración

de la persona con la que se trabaja en psicoterapia.

En este procedimiento, los síntomas catalogados como «disfunción sexual» se desdibujan, adquieren otros significados y tienden a desaparecer en la medida en que no se focaliza la atención en ellos, sino en la comprensión de la experiencia individual o compartida.

La mentalización, procedente de otros ámbitos psicoterapéuticos (Wallin, 2007; Bateman y Fonagy, 2016), se convierte también en una metodología potente en la terapia sexual.

El fomento de la mentalización en este ámbito es útil por los siguientes motivos:

- a) Ayuda a considerar la implicación y la contribución de cada miembro de la pareja en el conjunto del conflicto.
- b) Contribuye a promover la toma de conciencia del estado mental propio y de la pareja.
- c) El uso de la mentalización ayuda a reforzar el autocontrol y la capacidad de regular los propios sentimientos.
- d) Ayuda también a la pareja a desplazarse desde ciclos coercitivos no mentalizadores de interacción hasta posiciones en las que cada miembro se constituye en base de seguridad del otro.
- e) Promueve el sentido de competencia, ayudando al otro/a a desarrollar su capacidad mentalizadora.
- f) Permite practicar habilidades relativas a la mentalización, particularmente las relacionadas con la comunicación y la resolución de problemas en las áreas en las que la mentalización ha sido impedida o inhibida.

A lo largo de esta monografía se ha utilizado como referencia el modelo del quantum propuesto por David Schnarch. En la adaptación que propongo de este modelo destaco la importancia de la experiencia erótica y de los procesos psicológicos que median en la activación erótica.

Lejos de considerar la actividad sexual como meras conductas observables, la propuesta que se mantiene en este texto pone el acento en la experiencia erótica, que se refiere a un conjunto de emociones, sentimientos,

ideas, objetivos y expectativas que se experimentan como un todo. Incluye y se expresan a través de conductas sexuales, pero no puede reducirse a ellas.

La experiencia erótica se produce en el espacio de intimidad, en el que dos personas se «conectan» emocionalmente, dando lugar a un proceso de comunicación intersubjetiva. El deseo erótico impulsa al individuo al contacto físico y emocional. La proximidad psicológica activa los modelos internos. La calidad de lo que ocurre en el espacio de la intimidad depende en gran medida de la interpretación que cada uno hace del propio estado mental y del de la otra persona. La seguridad en el apego activa la estrategia primaria, que consiste en buscar la proximidad, el soporte y la confianza en la persona vinculada. La inseguridad activará las estrategias secundarias, que son las defensas conocidas como hiperactivación del sistema de apego o desactivación del mismo. La primera consiste en buscar permanentemente señales de que se es querido; la ansiedad de la pérdida o abandono dispara un estado de hipervigilancia que deteriora ostensiblemente la calidad de la experiencia erótica. Por su parte, la desactivación del sistema de apego bloquea toda conexión emocional con la pareja, con el fin de preservar el ciclo fisiológico de la respuesta sexual⁴⁷.

Las dificultades sexuales que denominamos «disfunciones sexuales» están asociadas a la ansiedad. Como dice Kaplan (1974): «Las disfunciones sexuales son el concomitante fisiológico de la ansiedad». Podemos estar de acuerdo en esta afirmación, pero la cuestión se centra en el origen, en la fuente de la ansiedad. La autora citada hizo su aportación al respecto, proponiendo las causas próximas y causas remotas (ver capítulo 6). Estipuló como causas remotas de ansiedad el miedo al éxito y el miedo a la intimidad. Dada su formación psicodinámica, explicaba las causas en estas claves, refiriéndose a antecedentes edípicos. Otros autores han indicado que el origen de la ansiedad proviene del «rol del espectador», la ansiedad anticipada o la ansiedad de ejecución.

Desde la perspectiva del apego, se puede mantener que las «ansiedades» citadas están en gran medida asociadas a la inseguridad en términos de vulnerabilidad del yo (identidad, autoconcepto, autoestima), o bien a la fragilidad en la relación, en la que subyace el miedo a la pérdida o abandono, a la soledad o, en el peor de los casos, a la desintegración del propio yo.

Por todo ello, la mentalización, como método introspectivo que permite la elaboración de *insight*, es un recurso realmente importante en el ámbito de las dificultades planteadas por las personas que acuden a consultas.

Siguiendo a Bateman y Fonagy (2016), la capacidad de funcionamiento reflexivo permite:

- a) Tomar conciencia de la naturaleza de los estados mentales.
- b) Ser capaz del esfuerzo explícito requerido para identificar los estados mentales que subyacen a la conducta.
- c) Reconocer los aspectos que pueden cambiar de los estados mentales que evolucionan con el desarrollo.
- d) Tomar conciencia de los estados mentales de la pareja y del terapeuta en relación con uno mismo.
- e) Comprender los estados prementalizadores que, estando en la base de gran parte de los conflictos, bloquean la mentalización.

Es pertinente en este momento retomar las cinco tareas terapéuticas que Bowlby planteó. Sus indicaciones fueron propuestas con anterioridad a los últimos progresos relacionados con la mentalización como procedimiento psicoterapéutico, lideradas por Fonagy y colaboradores, entre otros, aunque siguen siendo válidas.

La primera consiste en proporcionar al usuario un puerto seguro y una base de seguridad desde los que poder empezar a explorar sus dificultades. Posteriormente desarrollaré con más detalle esta idea, cuando se aborde el papel del terapeuta en la terapia desde esta perspectiva.

La segunda consiste en explorar y comprender cómo se relaciona el usuario con otras personas basándose en objetivos particulares, percepción, expectativas y miedos. El terapeuta debe animar y asistir al usuario en el aprendizaje de las consecuencias desadaptativas derivadas de su principal patrón de relación con los demás, es decir, de los perfiles de apego: seguro, ansioso, evitativo o desorganizado. De ello se deduce la manera en que el usuario construye cognitivamente sus relaciones interpersonales a través de la interpretación de la realidad y las preferencias cognitivas que distorsionan las interpretaciones, así como el origen de tales preferencias.

La tercera consiste en examinar las relaciones particulares que el usuario establece con el terapeuta. Este reproduce sus dificultades vinculares en la relación con el terapeuta. Se parte del hecho de que los modelos operativos internos son automáticamente proyectados en cualquier nueva relación, incluida la del terapeuta, y es precisamente a través de esta relación vincular por la que se puede establecer el cambio. Más adelante se abordará el papel del terapeuta y su relación con la alianza terapéutica y la transferencia.

La cuarta tarea consiste en ayudar al usuario a comprender que los modelos operativos internos del yo y los otros están arraigados en experiencias infantiles con las figuras de apego primarias. No se trata de una explicación de la teoría ni de una ampliación de conocimientos sobre esta cuestión, a modo de «psicoeducación», tal y como plantean algunas propuestas terapéuticas, sino de ayudar a comprender el fenómeno de lo que ocurre expresado a través de sus comportamientos a la persona con la que se trabaja, a partir de la experiencia de lo que se produce en el contexto terapéutico, en el que el terapeuta estimula la capacidad de comprensión en términos de mentalización y el fenómeno de *insight* resulta esencial.

La quinta plantea, por un lado, la necesidad de ayudar a los usuarios a comprender sus actuales sentimientos desadaptativos, pensamientos y comportamientos, relacionados con experiencias negativas de apego y, por otro, considera los modos en que estas creencias pueden ser revisadas y actualizadas.

En el gráfico 21 se representa esquemáticamente la propuesta para el cambio de Bowlby.

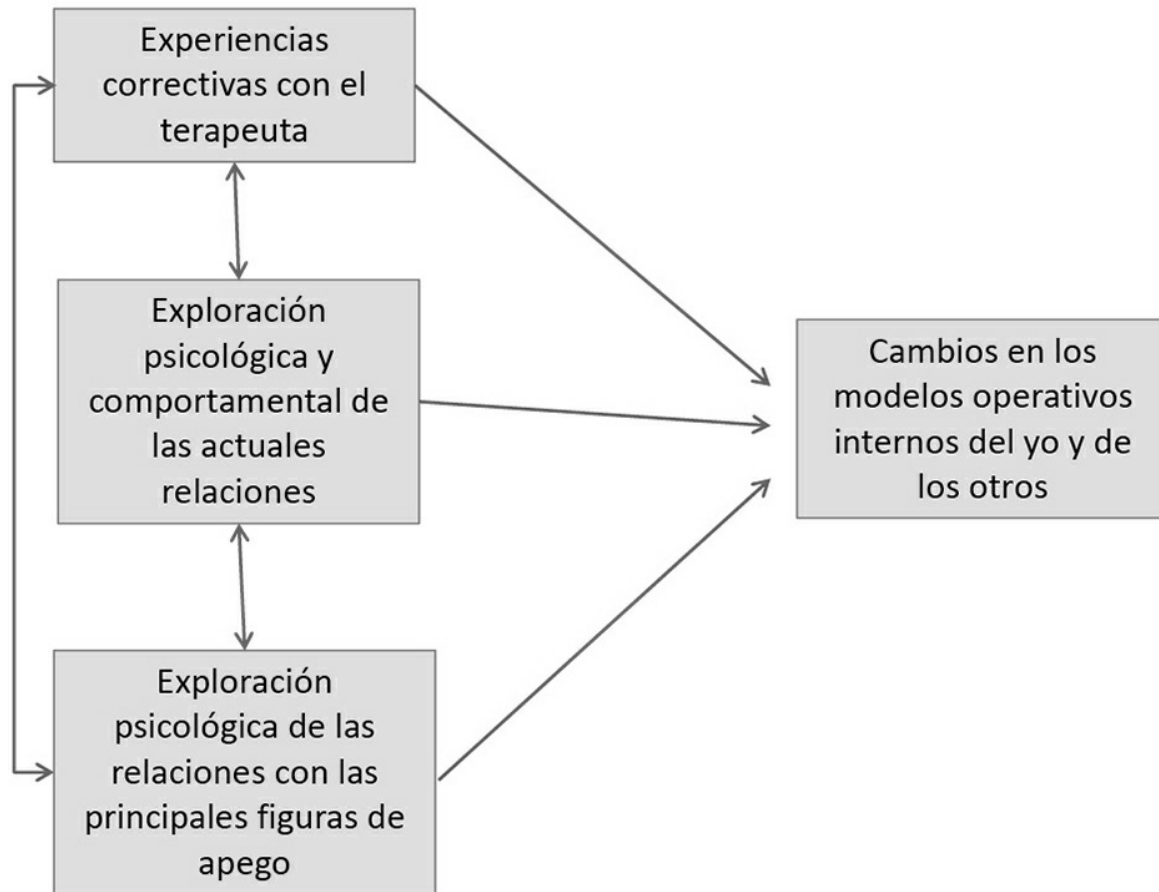


Gráfico 21. Esquema del cambio terapéutico propuesto por Bowlby (Dozier y Tyrrell, 1988, en Mikulincer y Shaver, 2007).

6.10. La alianza terapéutica

En todos los formatos psicoterapéuticos se subraya la importancia que tiene la relación entre el usuario y el terapeuta, tanta que se convierte en una cuestión clave respecto al éxito terapéutico. Sin embargo, los planteamientos, la importancia y el lugar que ocupa en las diferentes propuestas de tratamiento varían entre las escuelas (Corbella y Botella, 2003).

Históricamente debemos remontarnos al concepto clásico de *transferencia* en la tradición psicoanalítica. En principio, Freud (1972) consideró que la relación transferencial con el terapeuta era positiva en el proceso psicoterapéutico, puesto que la confianza y el afecto en una buena relación paciente-terapeuta mejoraba las posibilidades del cambio. Con posterioridad,

Freud descubrió que precisamente la transferencia era la que obstaculizaba el proceso, ya que el paciente se proyectaba neuróticamente en el terapeuta, transfiriéndole el conflicto. De este modo, surge una cuestión clave en la terapia psicoanalítica: la interpretación de la transferencia como estrategia terapéutica.

Esta cuestión ha generado numerosas controversias, de modo que se han producido abundantes aportaciones al respecto. Entre estas encontramos las efectuadas por Zetzel (1956), quien diferenció la transferencia de la alianza terapéutica. Para este autor, la primera haría referencia a los aspectos más neuróticos de la relación, mientras que la segunda lo haría a la parte más madura y a partir de la cual se podrían producir los *insight* necesarios para el cambio terapéutico.

En este sentido, las tendencias psicoanalíticas más ortodoxas mantienen que no se debe intervenir con el fin de establecer la alianza terapéutica, pues desvirtuaría el proceso terapéutico, mientras que otros autores consideran que la alianza terapéutica es clave y por ello deben hacerse intervenciones específicas para crearla y mantenerla.

En el contexto de esta monografía, que propone un enfoque que enriquece el abordaje de la terapia sexual desde la perspectiva del apego, se considera la alianza terapéutica como una cuestión esencial en el tratamiento.

Diversos autores han aportado definiciones sobre el concepto de alianza terapéutica, pero, dado que no pretendo en este punto desarrollar exhaustivamente el tema, me referiré a dos de los más citados.

La alianza terapéutica es la relación que se instaura entre el terapeuta y el usuario durante el proceso psicoterapéutico, en el que ambos trabajan conjuntamente para lograr los objetivos definidos con anterioridad.

Bordin (1976) la definió como el vínculo colaborativo que se establece entre el usuario y el terapeuta. Identificó tres componentes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos.

Luborsky (1976) la definió como una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia. Diferenció dos tipos, o más bien, dos momentos de la alianza terapéutica. La alianza *tipo 1* se caracteriza por ofrecer al usuario una experiencia principalmente de apoyo, ayuda y contención; se corresponde con el inicio de

la relación terapéutica. La alianza *tipo 2* se produce en fases posteriores. En estas se dan las condiciones para orientar el trabajo conjunto, propio precisamente de la alianza, con el fin de que se produzcan los cambios esperados. En estas fases aparecen las confrontaciones necesarias, propias del proceso psicoterapéutico, cuyo objetivo consiste en la comprensión inteligible de lo que a uno la pasa en relación con los demás, es decir, en el interior de la intimidad, donde se desarrolla la experiencia erótica.

Recordemos que en la propuesta terapéutica defendida en esta monografía se define el tratamiento como un proceso de comprensión de la experiencia que el usuario vive de modo conflictivo. Este proceso se basa en la capacidad reflexiva del sujeto y en la mentalización, que permite la exploración del mundo interno y relacional. El éxito de esta tarea depende en gran medida de la alianza terapéutica.

Tal y como indican Aznar-Martínez, Pérez-Testor, DavinsPujols y Aramburu y Salamero (2014), las dos definiciones anteriores pueden considerarse complementarias. La primera se centra más en los aspectos operativos del trabajo terapéutico. La segunda enfatiza los aspectos psicodinámicos que subyacen a la relación usuario-terapeuta.

En general, las diversas definiciones consideran que en la alianza terapéutica se observan tres elementos claramente diferenciados:

- a) Negociación: primeros contactos, planteamiento del problema, condiciones generales de la terapia, tiempo de sesión, periodicidad, coste, etc.
- b) Mutualidad: establecimiento de un pacto explícito e implícito de colaboración mutua dirigida a la consecución de un fin.
- c) Confianza: seguridad, empatía, reconocimiento de la autoridad, lealtad.

Llegados a este punto debemos cuestionarnos lo siguiente: ¿qué diferencia existe entre la alianza terapéutica y la transferencia? Para responder, citaremos a Meissmer (2007), quien diferencia tres aspectos en la relación entre el usuario y su terapeuta:

- a) La transferencia hace referencia al desplazamiento del conflicto del paciente hacia el terapeuta. No olvidemos la otra cara de la moneda, la

contratransferencia.

- b) La alianza terapéutica: vínculo colaborativo que se establece entre el usuario y el terapeuta.
- c) La relación real: relación que se establece en otros aspectos de la interacción entre el terapeuta y la persona atendida, que forma parte de la vida real.

El terapeuta debe tener en cuenta la importancia de la alianza terapéutica y su mantenimiento, pero ha de considerar que esta puede estar netamente influida por la transferencia y obstaculizada por la contratransferencia. Por ello, debe estar muy atento a estos fenómenos. Esto hace que tenga que ser muy sensible a los propios sentimientos, emociones y reacciones en la interacción con el usuario.

Los autores suelen coincidir en que la relación real y la alianza terapéutica se corresponden con las relaciones más maduras, mientras que la transferencia se relaciona con la parte más inmadura, lugar del que parten los conflictos.

Como argumentan Aznar-Martínez y otros (2014) citando a Kanzer (1972) y Hanly (1994), la transferencia/contratransferencia y la alianza terapéutica son dos conceptos distintos, pero están interrelacionados, ya que la parte más consciente del individuo, que se ha implicado en la alianza terapéutica, no puede entenderse sin su parte inconsciente, implicada en mayor o menor grado. Por tanto, separar estos conceptos sería imposible. En consecuencia, y en consonancia con los autores citados, la transferencia y la contratransferencia deben estar presentes y deben ser trabajadas; de lo contrario, pueden llegar a ser opuestas a la alianza terapéutica, bloqueando o malogrando el proceso (Meissner, 2007).

Si la cuestión de la transferencia y contratransferencia es importante en cualquier psicoterapia, se tengan en cuenta o no, en el ámbito de la terapia sexual es de particular relevancia. No sería infrecuente que el usuario se enamore o desee eróticamente a el/la terapeuta, que vea en él/ella el modelo de pareja ideal o que proyecte una fantasía compensatoria de sus dificultades relacionales. La elaboración de este asunto forma parte de la terapia. Pero ¿qué ocurre si el/la terapeuta llega a desear eróticamente al usuario?

La transferencia y la contratransferencia no se refieren solo a cuestiones eróticas o amorosas, sino también a la proyección del usuario en el terapeuta de asuntos no resueltos, como la autonomía o la dependencia personal, o los modos de vinculación y las defensas proyectadas cuyo origen no es consciente. Del mismo modo, la posición del terapeuta puede verse alterada si este proyecta sus dificultades relacionales en el usuario.

El manejo de esta situación depende de la madurez, la estabilidad, la ausencia de carencias afectivas y sexuales no elaboradas, la capacidad de mentalización acerca de los propios estados mentales en la relación terapéutica fruto de los modelos internos, además de la sólida formación por parte del terapeuta. En mi experiencia, sin ánimo de hacer generalizaciones injustificadas y con el debido respeto, estas condiciones no siempre se encuentran entre los/las profesionales que se dedican a la terapia sexual, dada la diversidad de los currículos de formación y las diferentes trayectorias profesionales. Tampoco se observa que esta cuestión sea suficientemente planteada en la mayor parte del máster de formación.

En los intentos de operacionalización de la alianza terapéutica se han concretado estas cuatro dimensiones:

1. Compromiso con el proceso terapéutico. El acuerdo entre usuario y terapeuta sobre los objetivos y las tareas del tratamiento.
2. Conexión emocional y empática con el/la terapeuta.
3. Seguridad dentro del proceso terapéutico.
4. Sentido y significado de compartir el propósito.

Operacionalizadas estas dimensiones, han sido utilizadas como variables en proyectos de investigación que han tratado de encontrar evidencia empírica entre la alianza terapéutica y el éxito del tratamiento.

La teoría del apego propone poner el foco de atención en el estudio de las vinculaciones que se establecen entre los seres humanos. Las dificultades psicológicas en la relación interpersonal se explican por alteraciones en los modelos internos que mediatizan la percepción de la realidad. Por el contrario, la seguridad en el apego permite la maduración personal, expresada en la solidez y autonomía del yo. Por tanto, desde el punto de vista

terapéutico, el foco se pone en la relación que se establece entre el terapeuta y el o los usuarios según sea una consulta individual o de pareja.

Una de las críticas que hizo Bowlby al concepto de transferencia es que no todo lo que ocurre en la relación paciente-terapeuta es transferencial. Aun siendo evidente que se producen desplazamientos y proyecciones de los conflictos al terapeuta, el método psicoanalítico tiende tal vez a abusar de la interpretación transferencial. Para Bowlby (1978), la transferencia es la manifestación directa en las relaciones interpersonales a través de los modelos operativos internos. Ello significa que el modo en que el usuario percibe a su terapeuta está parcialmente influido por los modelos internos que, como hemos dicho, perciben la realidad a través de este filtro y generan expectativas de lo que va a ocurrir en la relación. Una persona tendente a la ansiedad intentará vincularse de modo ansioso al terapeuta, creando dependencia emocional, reproduciendo el mismo tipo de vinculación origen de su conflicto. Tenderá a pensar que cualquier crítica o confrontación es el anuncio de un rechazo. Una persona propensa a la evitación construirá una coraza emocional y buscará la competición con el terapeuta como forma de apuntalamiento del yo y como modo de encubrir su miedo al abandono. Vemos que estas defensas (resistencias) impiden las posibilidades de cambio si no son adecuadamente abordadas en la terapia. Por ello, el terapeuta, en el contexto de la alianza terapéutica, deberá, a través del vínculo con él, activar la capacidad de el/los usuario/s y promover la mentalización.

Desde la perspectiva del apego, la alianza terapéutica que se establece entre el/la terapeuta y su cliente se produce a través del vínculo que se establece como fruto de la alianza terapéutica, a partir del cual se crean confrontaciones que permiten la detección de situaciones prementalizadoras, lo cual permite acceder a la mentalización propiamente dicha. Desde esta perspectiva, se tendrán en cuenta los siguientes puntos en el establecimiento de la alianza terapéutica:

- a) El principio básico de intervención desde esta perspectiva sistémico-inter subjetiva consiste en establecer un vínculo seguro con el terapeuta, reestructurando las alteraciones vinculares previas que subyacen al conflicto. De este modo, el terapeuta se constituye en figura de apego

cumpliendo sus funciones como tal. Debe mostrar accesibilidad y disponibilidad. Así, establece la base de seguridad que permite al usuario iniciar la exploración de su mundo interno y externo, necesaria para la mentalización que le llevará a la comprensión de sus dificultades y, con ella, al cambio.

- b) En este vínculo necesario, el usuario tiende a relacionarse con el terapeuta a partir de sus modelos internos, utilizando sus propias defensas —parte de las cuales son transferenciales—. Algunos presupuestos psicoanalíticos consideran que la transferencia solo ocurre en el espacio clínico y en relación con el terapeuta. Desde la perspectiva del apego, se considera que el usuario muestra en el vínculo con este las mismas dificultades de relación que con el resto de personas y en diferentes situaciones. La relación vincular con el terapeuta sirve para alentar la capacidad mentalizadora del usuario. De ahí que la alianza terapéutica sea tan relevante.
- c) El terapeuta tiende a relacionarse con el usuario en función de sus propios modelos internos y reacciona ante él en función de ellos. Determinadas situaciones planteadas por este pueden activar representaciones mentales incluidas en los modelos internos que hacen referencia a experiencias vividas por el propio terapeuta en su historia socioafectiva. Por ejemplo, si el terapeuta tiene una clara tendencia ansioso-ambivalente en sus relaciones interpersonales, es fácil que se proyecte en la relación con el usuario ante la exposición del conflicto planteado en la sesión de terapia. Es por esto por lo que el/la terapeuta especialista en el tratamiento de las dificultades sexuales debe trabajarse a sí mismo/a como parte de su formación.
- d) Otro aspecto importante en la alianza terapéutica es la posición del terapeuta. En casi todas las formas de psicoterapia, la relación entre el terapeuta y su cliente es vertical. El terapeuta se presenta como la autoridad, el que sabe, el que tiene las claves de la solución de los conflictos. El usuario o cliente es el usuario, el que asume las indicaciones, el que trata de seguir y cumplir con lo que se le indica. Esta relación no deja de ser una cuestión de poder entre el que dispone de los conocimientos y el que se entrega a ellos.

Desde la perspectiva del apego, tal y como indica Wallin (2007), la relación es, o debería ser, horizontal. El vínculo que se establece no es de arriba abajo, sino de lado a lado. En la relación con el terapeuta se reproducen las dificultades de relación donde ambos están vinculados, precisamente porque se ha debido establecer la alianza terapéutica entre ellos. El terapeuta confronta, hace ver, ayuda a reflexionar, a mentalizar sobre lo que ocurre en la relación, percepciones, expectativas, emociones y sentimientos. Por ello, la relación debe ser necesariamente horizontal; en ella el terapeuta forma parte de la relación misma.

Solo la madurez de el/la terapeuta garantizará la distancia precisa en la relación, que no puede ser de padre o madre, de colega o de amigo, sino de profesional. Insisto, únicamente la madurez del terapeuta hará posible establecer con nitidez la distancia emocional precisa con el usuario. En efecto, debe constituirse como una figura de apego y cumplir con sus funciones (disponibilidad, accesibilidad, conexión emocional, empatía), pero no puede proyectarse, mezclarse, diluirse, engancharse o enmarañarse en la relación interpersonal. Es una cuestión de límites, como en la vida misma.

Llegados a este punto y a modo de síntesis tenemos que decir que:

- a) Es decisivo establecer la alianza terapéutica como requisito imprescindible para la obtención de resultados en la terapia.
- b) Debe establecerse la diferencia entre la alianza terapéutica y la transferencia y contratransferencia, puesto que pueden alterar seriamente el proceso terapéutico. Se debe estar muy atento a ello. La supervisión de casos es eficaz, incluso imprescindible.
- c) Debe diferenciarse nítidamente el espacio de la alianza terapéutica, el ámbito de las posibles proyecciones emocionales en el doble sentido terapeuta-usuario y la relación real en la vida cotidiana entre ambos, para establecer la distancia adecuada que permita la intervención terapéutica eficaz.

Todo lo que hemos comentado hasta el momento respecto a la alianza

terapéutica parece estar relacionado con la terapia individual. En efecto, es cierto que los desarrollos se han centrado en ello. Sin embargo, desde los años ochenta del pasado siglo se han desarrollado diversos estudios que han aportado evidencia acerca de que la alianza terapéutica es esencial también en la terapia de pareja en cuanto a la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo (Aznar-Martínez y otros, 2014).

No cabe duda de que la terapia de pareja tiene características diferentes a la terapia individual, y que por tanto la formación de la alianza terapéutica es más compleja.

¿En qué medida esta reflexión acerca de la alianza terapéutica y los fenómenos de transferencia y contratransferencia es útil en el ámbito de la terapia sexual y de pareja? Todo depende del nivel de intervención en el que se opere. En el capítulo 4 se han planteado tres niveles de intervención: educación sexual, asesoramiento (*counseling*) y psicoterapia. En el ámbito de la psicoterapia distinguimos las dificultades que provienen de causas inmediatas, sin una importante complejidad conflictiva, y las que surgen a partir de causas remotas como consecuencia de dificultades de mayor calado. Bajo una parte importante de las dificultades sexuales que se formulan en las consultas de terapia sexual subyacen conflictos psicológicos relevantes, por lo que su tratamiento requiere de un enfoque adecuado y de una formación también adecuada por parte del profesional.

La propuesta terapéutica defendida en esta monografía subraya la idea de la importancia de la focalización en la experiencia erótica, más que en los síntomas sexuales específicos. La experiencia de lo que se vive en el ámbito de la intimidad erótica puede ser conflictiva e insatisfactoria. Ello depende en gran medida de las distorsiones en la percepción de lo que se experimenta que, a su vez, depende de los modelos operativos internos.

Desde esta perspectiva y tendiendo hacia una actitud integradora de los diversos formatos psicoterapéuticos, la formación y el mantenimiento de la alianza terapéutica es imprescindible, así como el control de los posibles fenómenos de transferencia y contratransferencia. En el ámbito de la psicoterapia sexual, estos conceptos adquieren, si cabe, mayor relevancia, ya que se trabaja con una materia muy sensible, el erotismo. Los criterios de satisfacción y bienestar sexual acerca de lo accesible o lo inalcanzable, la

relación entre fantasía y realidad, satisfacción y frustración, aceptación o renuncia, conciencia de lo que realmente se desea cuando se desea sexo, miedos, angustias o incongruencias están en la base de las personas que consultan, pero, atención, también entre los profesionales que las atienden. De aquí la importancia y la utilidad de la inclusión de estos conceptos en la propuesta en terapia sexual que se propone en este libro.

6.11. El manejo de los vínculos en el contexto de la intervención en terapia sexual

Una de las características del deseo erótico consiste en que su proyección es necesariamente interpersonal. Como toda emoción, surge de la activación neurofisiológica, requiere de una interpretación cognitiva que surge de la valoración del contexto (*appraisal*) y de una tendencia de acción, en este caso la búsqueda de satisfacción sexual en otra persona. Esto ocurre en todo caso, incluso en el ámbito del imaginario erótico. Las fantasías eróticas contienen un objeto de deseo en el que se proyecta la satisfacción sexual de modo interactivo. Lo mismo ocurre en el ámbito del autoerotismo, cuando las fantasías que acompañan a la masturbación son de carácter relacional, es decir, cuando se piensa en otra persona en la satisfacción.

Por tanto, como ya se ha apuntado, la mediación de los modelos internos, que regulan los vínculos es esencial para la comprensión del fenómeno. Para ello, es necesario comprender su naturaleza, los modos de establecerlos, las estrategias defensivas que pueden subyacer y la dinámica que se produce. En el espacio terapéutico, esta dinámica de vínculos incluye al terapeuta, que debe ser capaz de comprenderlos y manejarlos.

El terapeuta se convierte en figura significativa en la medida en que es reconocido por los usuarios como autoridad. Tal y como he mantenido en el punto anterior, se convierte en figura de apego cumpliendo sus funciones básicas: base de seguridad, puerto de refugio. El terapeuta debe constituirse, a lo largo del proceso, como la base de seguridad a partir de la cual se hace posible la exploración, la reflexión y la mentalización de aquello que acontece en la relación. Para que se produzca con éxito esta relación, es imprescindible la creación y mantenimiento de la alianza terapéutica.

En el gráfico 22 observamos el esquema de relaciones vinculares en el espacio terapéutico. Por un lado, lanzamos una mirada al sistema de relación de pareja. El terapeuta debe «comprender» el sistema en su conjunto, los estilos de relación a partir de los estilos de apego, la interpretación realizada por las partes de lo que ocurre, las vías de comunicación, verbales y no verbales, desde una perspectiva intersubjetiva.

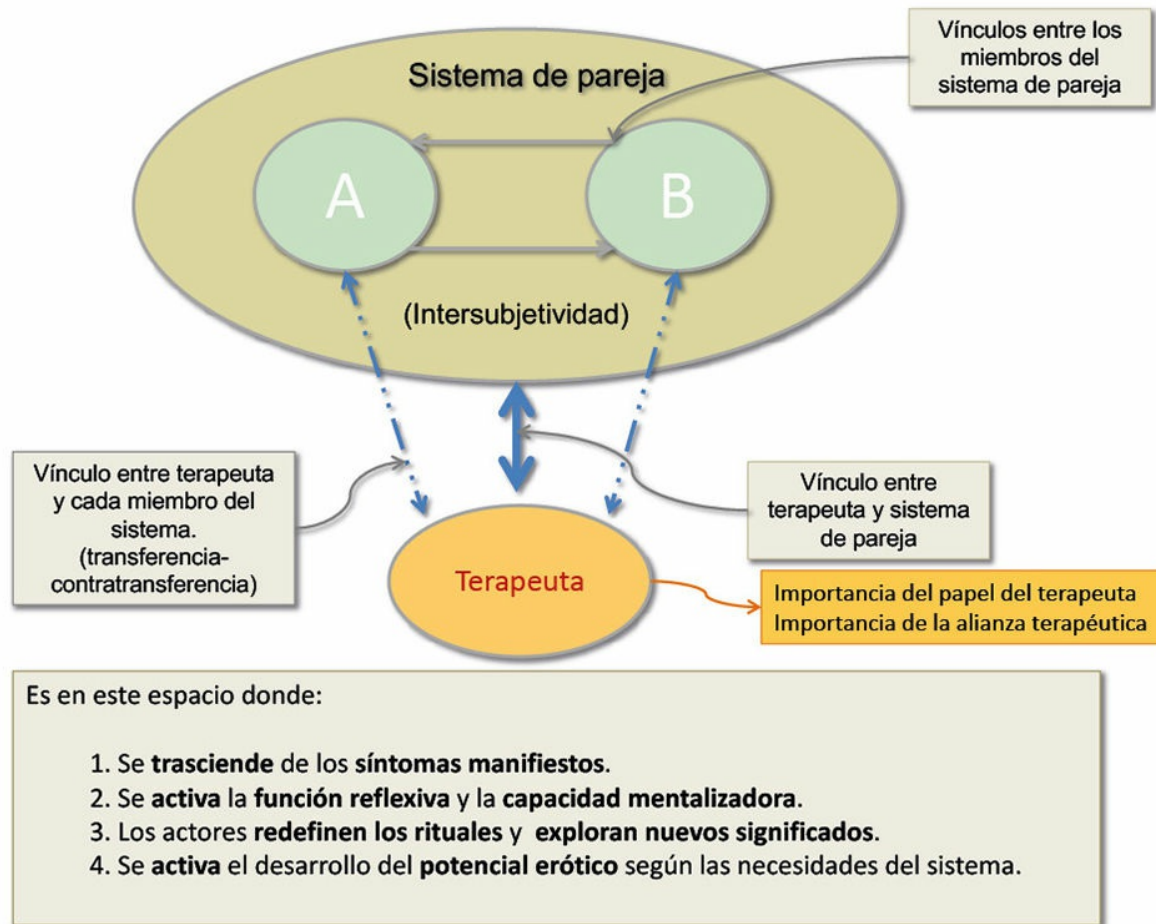


Gráfico 22. Vínculos entre el terapeuta y el sistema de pareja.

Por otro lado, observamos la relación del terapeuta con el sistema mismo. Deberá ser consciente del vínculo que se produce entre cada uno de los miembros de la pareja y del vínculo con el sistema de pareja entendido este como una unidad. Es aquí donde el terapeuta tendrá que estar atento a los movimientos transferenciales. También deberá prestar atención al intento de

crear alianzas parciales por parte de cada miembro de la pareja y los intentos de manipulación desde ellas. Recuerdo los mensajes subliminales que me enviaban cada miembro de una pareja en una sesión de terapia de pareja, que se podrían traducir de la siguiente manera: «Tú y yo somos hombres, tú sí que me entiendes, explícale a esta lo que vale un peine». En sentido contrario, el mensaje subliminal de ella era: «Tú sí que eres hombre, tú sí que sabes cómo hacer las cosas, enséñale a este torpe cómo me tiene que tratar».

No está de más insistir en que el terapeuta debe revisar las emociones, los afectos, el tono y las formas en que maneja las situaciones, así como sus propias fantasías, con el fin de no adulterar la terapia.

El modo en que se establece el sistema de vínculos con los usuarios y la creación de la alianza terapéutica, aun siendo básicamente el mismo, varía de una terapia individual a una de pareja. En el segundo caso, la situación puede ser más compleja, en la medida en que el terapeuta se encuentra con más frentes abiertos a los que deberá responder.

En este espacio de elaboración compartido entre los usuarios y el terapeuta, lo que se pretende prioritariamente es llegar a un estado de comprensión de lo que ocurre, como procedimiento esencial para producir los cambios que necesariamente tendrán que ser definidos por los interesados y no por el terapeuta.

La lógica de la vinculación afectiva indica que uno se relaciona con otro en función de sus modelos internos. Por ejemplo, si el padre y/o la madre, con perfiles altamente inseguros, ansiosos o evitativos, se relacionan de esta forma con su hijo/a, marcarán en gran medida la manera en que este se relacione con otras personas en el futuro. Alguien dijo de modo excesivamente radical que «de padres evitativos, hijos evitativos», afirmación que es preciso matizar. En este tipo de relación se encuentra una de las bases fundamentales del conflicto que tenderá a reproducirse, también con el terapeuta. Este deberá establecer con el usuario un vínculo de seguridad a través del cual se producen confrontaciones que permiten al sujeto mentalizar acerca de lo que ocurre, promoviendo así el cambio a través de la integración de experiencias correctoras que permitan modificar los modelos internos, como queda reflejado en la citada propuesta de Bowlby. Vemos cómo el terapeuta está interpelado en esta relación porque sus propios modelos

internos se ponen en juego a lo largo del proceso terapéutico. Esta cuestión se abordará posteriormente.

En el punto dedicado a los objetivos, se ha comentado que el objetivo general de la terapia sexual desde esta perspectiva sistémica-intersubjetiva consiste en transformar el sistema de relación sexual percibido como insatisfactorio a una situación de satisfacción y bienestar. Ello no es posible si no se produce este proceso de comprensión en el que el terapeuta es el mediador.

6.12. El papel del terapeuta

Cualquier proceso terapéutico se basa en la relación que se establece entre el/la profesional y la persona que demanda atención. El rol que ejerce el terapeuta varía en función del marco teórico de referencia. La posición que ocupa se sustenta en la autoridad, que se le atribuye en función de su formación y experiencia.

Podemos diferenciar posiciones psicoterapéuticas verticales y horizontales. Veamos algunos ejemplos. Las terapias de tipo psicodinámico de base psicoanalítica son verticales. El terapeuta es la autoridad y posee las claves interpretativas para resolver el conflicto. El usuario asume su estatus y cumple con las normas establecidas en cuanto al tratamiento. Las terapias basadas en el aprendizaje son también verticales. El terapeuta es el instructor que aplica las técnicas de modificación de conducta y de reestructuración cognitiva. El usuario las asume y trata de cumplir fielmente las consignas.

Las relaciones terapéuticas de tipo horizontal provienen del ámbito de las terapias humanistas y, por supuesto, de las que se basan en la teoría del apego. La psicoterapia rogeriana, «terapia centrada en el cliente», y la terapia basada en la teoría del apego (Wallin, 2012; Bateman y Fonagy, 2016) son ejemplos de ello. Decimos que la relación es horizontal porque el terapeuta se sitúa en el mismo plano que el usuario, siendo un animador, un impulsor, un catalizador del proceso de cambio. Veamos estas últimas.

Como ya se ha apuntado en el punto dedicado a la mentalización, muchas de las dificultades psicológicas, especialmente las relacionadas con la sexualidad, proceden de la configuración de los modelos internos que, a su

vez, dependen del tipo de vinculación habida con las figuras significativas. El usuario establece el vínculo con el terapeuta del mismo modo en que lo hace con el resto de su entorno relacional, marcado por los perfiles de apego. La hipótesis de trabajo indicaría que es precisamente este estilo de vinculación el que mantiene el conflicto, y por tanto el papel del terapeuta consiste en contribuir a establecer con los usuarios nuevos vínculos basados en la seguridad y la confianza que no confirmen las expectativas de lo que ocurrirá en la relación, proyectadas por los modelos internos, cuando estas tienen un carácter defensivo que mantiene el conflicto. El propio Bowlby cita a Piaget y establece un paralelismo entre el fenómeno de acomodación del construccionismo cognitivo y las experiencias correctoras. Para Piaget, el conocimiento se adquiere a través del procesamiento de la información que procede del ambiente. La acumulación de datos genera una red de conocimientos que dan lugar a los conceptos. Cuando una experiencia aporta nuevos datos, y estos son contradictorios con los ya adquiridos, se produce el fenómeno de acomodación de la nueva información a las redes de conocimiento previamente establecidas. Si esto no ocurriera, se generan disonancias cognitivas, fuente de conflictos. Del mismo modo, los modelos internos están integrados por infinidad de representaciones mentales que permiten interpretar la realidad a partir del filtro que ellos mismos producen. Si una persona se somete a una experiencia que entra en contradicción con la red de representaciones mentales ya adquiridas, esta será integrada, «acomodada» en el conjunto de los modelos internos, siguiendo la analogía con Piaget. Si ello no es posible porque la experiencia es extremadamente dolorosa o traumática, lo más probable es que sea disociada del conjunto y pase a un ámbito no consciente. Este tipo de disociaciones no es inocuo; es probable que estén en la base de los conflictos, y forman parte del trabajo terapéutico.

En cierta ocasión, atendí a una pareja cuya relación era estable, sólida y consolidada. No presentaban ninguna dificultad en su relación de pareja, más bien al contrario. La demanda en la consulta fue la siguiente. Ella dijo: «El problema que tenemos es este: cuando iniciamos nuestras relaciones sexuales, que tanto él como yo deseamos, no sé qué me pasa, pero de pronto, cuando ya estoy excitada (se refería a la lubricación vaginal y otras

sensaciones paralelas), se me van las ganas y no puedo seguir». En principio, ni él ni ella eran capaces de entender por qué ocurría tal cosa. Sesiones más tarde, ella dijo: «Creo que me he dado cuenta de algo. Cuando estamos besándonos, acariciándonos, de pronto me fijo en una expresión facial de él, y eso me corta el rollo». Él, preocupado, no era capaz de darse cuenta de tal gesto y asumía la responsabilidad de lo que ocurría, aunque era incapaz de comprenderlo. En sesiones posteriores fueron aflorando recuerdos, anécdotas y acontecimientos familiares. En un momento determinado, ella afirmó: «De niña y de adolescente mi padre era muy importante para mí. Siempre recurría a él. No era particularmente cariñoso, pero sí atento y receptivo, aunque no siempre. A veces estaba muy concentrado en sí mismo, como metido en su mundo. En el comienzo de mi adolescencia, pasé una racha muy mala, muy insegura y con muchos miedos, incluso pesadillas nocturnas. Solía recurrir a mi padre, pero cuando estaba en su mundo, no estaba para nadie. Ahora comprendo que cuando no podía hacerse cargo de mi situación, por muy angustiada que estuviese, ponía una expresión especial, algo que indicaba que en ese momento no estaba disponible, que en ese momento no podía hacerse cargo de mí. Esa expresión, que ya no recordaba, se asemeja mucho a la que mi pareja pone cuando se centra demasiado en su propio placer».

A partir de ese momento, las cosas cambiaron. Él se relajó mucho y comprendió que no era responsable de los efectos de su propia expresión. Ella entendió que era normal que él se concentrara en su propio placer. Él pudo localizar esa expresión concreta y, a partir de ahí, pudieron reírse y hacer bromas. Ella avanzó considerablemente respecto a su autonomía en relación con su dimensión erótica.

En este hecho vemos que un engrama creado en una situación de desamparo y asociado a una expresión facial queda grabado en la memoria a través de determinados códigos de almacenamiento en el momento histórico en el que se produjo. La sensación de desamparo se asocia a la angustia por el miedo al abandono, pérdida o desintegración del yo, por falta del apoyo emocional requerido en la situación. Tal engrama forma parte de los modelos internos que regulan las relaciones interpersonales. En la actualidad, la expresión facial de la pareja provoca la activación de la representación mental que vincula la expresión facial a la activación de la ansiedad

producida por la hipervigilancia ante el miedo al abandono, ansiedad que desarbola la actividad sexual. Dicho con sus palabras: «Me corta el rollo».

La recuperación se produjo porque el trabajo terapéutico permitió rescatar de la memoria la representación mental, y otras similares y paralelas, del conjunto de sus modelos internos. La comprensión de ello permitió integrar nuevas representaciones mentales y experiencias correctoras que neutralizaron las anteriores. La promoción de la reflexión (yo reflexivo), la atención plena respecto a sus emociones y la mentalización le permitieron comprobar cómo, de modo no consciente, hacía una interpretación incorrecta de la expresión facial, entendiendo que era una señal precursora de abandono, cuando en realidad se trataba de una expresión de la activación erótica de su pareja. El papel del terapeuta se limitó a cumplir sus funciones como base de seguridad, que los clientes utilizaron como plataforma para la exploración, hallando ellos mismos las claves que les permitieron «comprender» el fenómeno y manejarlo.

Desde la perspectiva del apego, el terapeuta deberá constituirse en figura de apego y cumplir con sus funciones propias, base de seguridad, incondicionalidad y capacidad de respuesta sensible (Wallin, 2007). A partir de aquí, el terapeuta deberá potenciar nuevas experiencias vinculares entre él y los usuarios, y entre los miembros de la pareja entre sí, de modo que broten «experiencias correctoras» que desconfirmen expectativas anteriores. Es decir, nuevas experiencias que deben ser integradas, «acomodadas» en los modelos internos, de tal forma que produzcan los cambios requeridos para la resolución del conflicto. Este tipo de experiencias deben ser consideradas como nuevas representaciones mentales que tienden a modificar los modelos operativos internos y, con ellos, los cambios anhelados.

Asumo la crítica al hecho de utilizar la metáfora del ordenador, que muchos consideran excesivamente reduccionista para explicar el psiquismo pero que, en este punto, puede resultar ilustrativa. El sistema operativo de nuestro ordenador requiere de mantenimiento. Este se logra a través de las actualizaciones. En efecto, periódicamente las recibimos a través de la red. Pero ¿qué son las actualizaciones? Son un conjunto de nuevos ficheros que se integran en el sistema operativo, corrigiendo, sustituyendo o ampliando otros existentes que han quedado obsoletos. Simbólicamente, estos nuevos ficheros

que integramos en el sistema son nuevas representaciones mentales que surgen de la experiencia a modo de «experiencias correctoras». El terapeuta debe funcionar como un catalizador que haga posible este proceso de *insight* a través del fomento de la mentalización.

El terapeuta, por tanto, debería ser capaz de promover nuevas formas de vinculación en el sistema de pareja, al tiempo que debería manejar correctamente los inevitables vínculos que se producen entre él y cada miembro de la pareja, así como con el sistema en su conjunto, tarea que es más compleja cuanto mayor sea el grado de conflicto.

Es inevitable considerar que la relación entre el terapeuta y las personas con las que trabaja está condicionada por sus propios modelos internos y estilos de apego. Por ejemplo, si un/una terapeuta muestra una marcada tendencia a la ansiedad o a la evitación en la relación, esta estará seriamente mediatizada, hasta el punto en que la haga inviable. Terapeutas de perfil inseguro tenderán a pensar que el fracaso de la terapia es un fracaso personal. Ello le llevará a rivalizar, consciente o inconscientemente, con el/la cliente, proyectando su propia frustración. Recuerdo una sesión de supervisión en la que el psicoterapeuta al que yo atendía mostraba un fuerte enfado hacia su cliente porque no hacía lo que le decía: «No hace lo que le digo, no comprende lo que le explico». Es por esto por lo que un profesional que se dedique a la terapia debe pasar por un proceso de análisis de sus propios modelos internos. En el ejemplo, él, como profesional, debía analizar de dónde procedía el enfado.

Todos estos argumentos nos empujan a considerar que la posición del terapeuta tiene que ser horizontal respecto a sus clientes. Mientras dura el proceso terapéutico, él/ella se constituye en figura de apego y base de seguridad, lo que es utilizado por el usuario como plataforma para la exploración, bien individual, bien de sistema de pareja. El cambio se produce a través del vínculo. Esta posición horizontal con el usuario significa que el terapeuta debe estar atento no solo a las emociones expresadas por aquel, sino también a las sentidas por él mismo. Como estas emociones surgen a partir de la comunicación que se produce a través del vínculo establecido, el terapeuta puede y debe hacer concesiones personales⁴⁸ con relación a lo que está ocurriendo, porque él forma parte del vínculo.

Por ejemplo, en una sesión el psicoterapeuta mantenía una actitud de respeto y distancia escuchando atentamente a su cliente, que estaba relatando una experiencia frustrante en su último encuentro sexual. A medida que avanzaba la sesión, el usuario cada vez estaba más malhumorado. Los comentarios se tornaron menos respetuosos hacia el terapeuta, más y más despectivos. Llegó a poner en cuestión su competencia profesional, amenazaba histriónicamente con dejar la terapia. A su vez, el terapeuta estaba sintiendo rabia, enojo y desprecio por esta persona. Deseaba que la sesión terminara, no le aguantaba. En ese momento, el terapeuta abrió un paréntesis y expresó a su cliente lo que sentía. A esto me refiero cuando aludo a una «concesión personal». Este tenía un claro perfil ansioso/ambivalente. Desde sus filtros interpretó que la postura del terapeuta era insensible y distante respecto a algo que a él le hacía sufrir. Reaccionó con el terapeuta de igual modo que lo hacía con su madre, con su pareja y con sus amigos cada vez que él sentía el desinterés de los demás hacia él. Por ello, activó de modo defensivo la hiperactivación de su sistema de apego con el fin recabar la atención que él creía que debía recibir, faltando, protestando, proyectando hacia los demás su propia frustración. Vemos que sus acciones pueden ser entendidas como una forma inadecuada de combatir el miedo al abandono, una característica compatible con su historia socioafectiva.

La intervención del terapeuta permitió comprender la situación en términos de estados mentales. Es decir, permitió avanzar en la mentalización. Ayudó al usuario a comprender las pautas de su propio comportamiento y el origen del mismo en términos de estados mentales. La posición del terapeuta ante la exposición de la experiencia frustrante se correspondía con un vínculo seguro que surge de la disponibilidad y la accesibilidad. El perfil de apego del usuario le marcaba la expectativa de que hiciese lo que hiciese, dijera lo que dijera, al final le abandonarían, incluso el terapeuta. La intervención sirvió para comprender al otro (en este caso, el terapeuta) en términos de comprensión de su estado mental, es decir, de hacerse cargo del estado emocional de su terapeuta, derivado de su propio comportamiento. Mentalizar esta situación le ayudó a mejorar su capacidad de atención plena en otras situaciones de exigencia relacional, en las que reaccionaba emocionalmente del mismo modo.

6.13. Historia psicosexual

La realización de la historia psicosexual forma parte del proceso terapéutico y es un espacio realmente fructífero, terapéutico en sí mismo, si se sabe aprovechar. En los puntos anteriores he indicado que el modelo de terapia propuesto en esta monografía se basa en la comprensión de la experiencia, donde la exploración y la reflexión llevan al desarrollo de la mentalización. Pues bien, la composición de la historia por parte del sujeto marca el inicio de la exploración, tanto de su mundo interno como del relacional.

Desde el modelo biomédico, que respondería a principios de primera generación, se hace hincapié en la anamnesis que es por definición «el conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un usuario con un objetivo diagnóstico». Diríase que el protagonista en la elaboración de la historia es el terapeuta, quien hábilmente pone en marcha las pesquisas necesarias para obtener los datos que permiten llegar al objetivo: el diagnóstico. No deja de producir satisfacción el hecho de poder etiquetar el caso con un flamante diagnóstico. La pretendida objetividad exige instrumentos adecuados de evaluación como los modelos de historia cerrados y estructurados, cuestionarios, escalas diversas que permiten comparar al sujeto con mayorías estadísticas que muestran aquello que clínicamente se considera funcional.

Permítaseme lanzar aquí una crítica constructiva a lo que se está convirtiendo en una cierta obsesión positivista: el uso de modelos *validados* de historia clínica en el espacio psicoterapéutico. Las historias validadas, por tanto estructuradas y cerradas, pueden pretender la objetividad de los datos recogidos, pero pierden la inmensa riqueza del relato, con sus contenidos objetivos y subjetivos, con los matices altamente significativos, de las expresiones emocionales asociadas a determinadas secuencias biográficas, a la narrativa misma de la historia, fluida y coherente, o entrecortada, dubitativa e incoherente, que resulta ser una información esencial e imprescindible en el proceso terapéutico. Es como si existiera una convención científica que determina que la naturaleza solo puede ser observada a través de lentes previamente graduadas.

Desde una perspectiva sistémica e intersubjetiva, el protagonista de la

historia es el propio sujeto, quien, acompañado por su terapeuta, inicia un viaje exploratorio a lo largo de los aspectos relevantes relativos a los malestares que le han hecho recurrir a un profesional. Psicoterapéuticamente, se abre un espacio en el que el sujeto se confronta con sus recuerdos en la reconstrucción de su historia, con sus contenidos nítidos, con sus contradicciones, con sus zonas oscuras semiolvidadas, con sus logros y satisfacciones, con sus fracasos y malestares, con lo confesable y lo inconfesable, con lo ajustado a la realidad de lo vivido y con lo claramente distorsionado.

Es el sujeto quien lleva la iniciativa en el viaje, asistido por su guía, que se limita a proponer rumbos y orientar ante las encrucijadas que aparecen en el camino. Este modo de entender la historia responde a planteamientos de segunda generación, la cual pone el foco más en la experiencia vivida que en los comportamientos explícitos. Por tanto, el uso de instrumentos cerrados carece de importancia en favor de la cualidad de la narrativa utilizada por el propio sujeto.

No obstante, del mismo modo que nos proveemos de información, mapas, planos y referencias antes de iniciar un viaje, el terapeuta también requerirá de referencias que apoyen y acompañen al sujeto en su exploración. Debe quedar bien sentado que el protagonista de la historia es el sujeto. El terapeuta orienta, propone, sugiere y alienta la producción de narrativa, que debe fluir con plena libertad. En ningún caso, la elaboración de la historia clínica debe convertirse en un interrogatorio, aunque sea bienintencionado.

Este modo de entender la elaboración de la historia como elemento terapéutico en sí mismo no es en absoluto una novedad, puesto que se refiere a la mayéutica, la cual invita al individuo a descubrir la verdad que se encuentra en él mismo de un modo latente e inconsciente. Etimológicamente proviene del término griego *maieutik*, que significa «obstetricia» o «el arte de manejar el embarazo y parto». Sócrates desplaza su significado médico y lo traslada a la filosofía, proponiendo su conocido método socrático. El maestro expone una pregunta al alumno, no para obtener una respuesta, sino para abrir todo un proceso de debate y confrontación, estimulante, duro y doloroso en ocasiones, en el que el alumno llega a sus propias conclusiones. He aquí el simbolismo. Se trata del embarazo que culmina en el parto. El parto se

expresa en momentos de *insight*, que se produce como efecto de la exploración interior a partir de la base de seguridad, que hace posible la mentalización, donde el terapeuta es más un guía que un instructor.

Con este propósito, desarrollaré a continuación algunas indicaciones y ámbitos de exploración:

1. Naturaleza y desarrollo del problema sexual, valoración de la demanda

Una vez realizado el contacto inicial, lo primero que debe ser explorado es el motivo de la consulta. Se trata de definir con la mayor claridad y objetividad posible el objeto de la demanda. El terapeuta deberá preguntar lo necesario para tener la mayor cantidad de información posible acerca del motivo de la consulta.

Conviene tener siempre presente la diferencia entre la demanda patente y la latente. En muchas ocasiones, la demanda formal encubre a la demanda real subyacente. A veces, bajo la demanda de dificultades habitualmente consultadas relacionadas con el deseo, la excitación, el orgasmo u otras, podrían subyacer posibles experiencias traumáticas. Por ejemplo, experiencias tempranas en el desarrollo, como relaciones sexuales abusivas forzadas, con o sin violencia, podrían ser la demanda real sin que ni siquiera aparezcan en la memoria. Lo mismo puede ocurrir con fuertes tensiones relacionales de pareja no asumidas, que cristalizan en alguna forma de dificultad sexual. En cualquier caso, el terapeuta no debe hacer juicios previos ante los primeros contenidos de la demanda expresada. Recordemos el planteamiento kaplaniano acerca de la naturaleza de las dificultades sexuales: causas inmediatas, causas remotas. No siempre la demanda expresada proviene de conflictos profundos. Por ello, es necesario contribuir inicialmente a una buena expresión del motivo de la consulta.

En este punto, el terapeuta puede empezar a valorar el tipo de intervención más adecuado acerca de la queja planteada. Dada su naturaleza, es posible que una intervención basada en la educación sexual sea suficiente. Podría, sin embargo, requerir de un nivel superior de intervención como es el asesoramiento o *counseling* o, definitivamente, proponer un proceso de terapia sexual propiamente dicho. En algún caso, procede la derivación a otro

especialista, cuando las dificultades sexuales forman parte de un cuadro psicopatológico u orgánico superior, conflictos psicológicos de mayor calado o causas orgánicas bien delimitadas.

2. Valoración del estado psicológico general

En este ámbito conviene explorar y valorar posibles dificultades o conflictos, así como el estado general de satisfacción con la vida. Los perfiles de personalidad y los estados de ansiedad y depresión deben ser tenidos en cuenta. Las tendencias que marcan los modelos operativos internos en términos de ansiedad/evitación y su expresión en estilos de apego deben también ser valorados. Es recomendable valorar posibles trastornos psicológicos o psiquiátricos mayores que permitan estimar el tipo de tratamiento más adecuado para posibles derivaciones. Es pertinente analizar el estilo de vida, hábitos, situación laboral, consumo de sustancias, etc.

En el plano de las relaciones sociales es necesario valorar la red de relaciones interpersonales: valoración de seguridad/inseguridad en términos de tendencia hacia la ansiedad o hacia la evitación.

Finalmente, resulta valioso valorar los objetivos en la vida, las creencias religiosas o el posicionamiento político. En un sentido muy amplio, sería suficiente con determinar posiciones en el espectro conservadurismo/progresismo.

3. Historia familiar y estructura familiar

Se trata de explorar la estructura de la familia de origen, padres, hermanos, lugar que ocupa. Valoración general de la historia familiar. Exploración de conflictos, traumas, desestructuración. Valoración de las relaciones afectivas con el padre, con la madre, con otras figuras significativas. Valoración de pérdidas o separaciones significativas.

Valoración de recuerdos familiares, de anécdotas, de historias. Aquellas que son consideradas como significativas. Valoración de las diferentes etapas evolutivas, infancia, pubertad, adolescencia, primera juventud, adultez. Valoración de presencia o ausencia de soportes emocionales a lo largo de ellas.

El terapeuta debe poner atención no solo en los contenidos de los relatos, sino también en la narrativa misma. Esta puede ser rica, coherente y fluida, o todo lo contrario. Los documentos escritos o en otros soportes (diarios, historias de vida, fragmentos biográficos) pueden ser de gran valor. La mayor o menor profundización en la historia depende de la naturaleza de la demanda y queda a juicio del terapeuta.

4. Valoración de la historia psicosexual

Este apartado sugiere la necesidad de explorar la historia psicosexual, es decir, los recuerdos acerca de la vida sexual en términos biográficos. A continuación se detallan los puntos de interés.

Valoración de la sexualidad infantil: primeros recuerdos relacionados con la sexualidad (juegos eróticos infantiles, comportamientos sexuales, primeras emociones asociadas relacionadas con el erotismo). Clima familiar respecto a la sexualidad: actitudes positivas o negativas. Acceso a la información. Estilos de educación sexual en la familia, en la escuela. Exploración de posibles recuerdos traumáticos.

Valoración de la adolescencia: cambio corporal, integración/aceptación de la imagen corporal. Elaboración y aceptación de la identidad sexual y de género. Primeras emociones eróticas, fantasías, recuerdos. Configuración del deseo erótico: atracción interpersonal y erótica, orientación del deseo sexual, intereses sexuales especiales. Primeros comportamientos autoeróticos: la masturbación, fantasías asociadas. Primeras experiencias compartidas hetero u homoeróticas. Acceso a la información. Desarrollo de competencias. Emociones asociadas: amor, enamoramiento. Dificultades especiales. Análisis de las actitudes, erotofilia/erotofobia, sentimientos de culpa sexual. Valoración de posibles conflictos o experiencias traumáticas. Valoración de las primeras relaciones sexuales. Grado de protección de las relaciones. Valoración de mediadores afectivos en las relaciones de pareja. Valoración de la satisfacción sexual general y de los criterios que subyacen.

Valoración de la etapa adulta: valoración de la biografía sexual, valores, referentes. Número de parejas, valoración cualitativa de las mismas. Perfil de comportamiento sexual. Valoración de la actividad sexual en términos de

necesidades básicas: a) necesidades vinculares, b) necesidades eróticas. Exploración de posibles antecedentes relacionados con dificultades o trastornos.

Valoración (en su caso) de la vejez: valoración de las características propias del envejecimiento, apoyos afectivos, limitaciones concretas, expectativas en el orden afectivo-sexual. Satisfacción de necesidades básicas. La mayor o menor profundización en la historia depende de la naturaleza de la demanda y queda a juicio del terapeuta.

5. Valoración de la configuración del deseo

Características del imaginario erótico, orientación del deseo erótico, peculiaridades, frecuencia e intensidad. Valoración de las formas de regulación. Ello significa dar la posibilidad de verbalizar los modos en que se maneja el deseo erótico en relación con lo que se desea realmente, lo que se puede satisfacer directa y libremente, lo que se puede aplazar, lo que queda en el mundo de la fantasía que puede ser canalizado hacia el autoerotismo y aquello a lo que directamente se renuncia.

Como sabemos, el deseo erótico, en ocasiones, se pone al servicio de otras necesidades, como la autoafirmación o las necesidades de apego. Conviene explorar el significado esencial que para el sujeto tiene la experiencia del deseo erótico.

Finalmente, conviene explorar las asociaciones entre el deseo sexual y otras emociones tanto positivas (excitación, placer, amor, ternura) como negativas (angustia, miedo, vergüenza).

6. Valoración de la identidad sexual y de género

La identidad sexual y de género son categorías permanentes del *self*. La sexuación humana se caracteriza por su plasticidad y diversidad⁴⁹. Los conceptos mujer/hombre son solamente referenciales, y por tanto existen tantas formas de ser mujer u hombre como personas. En los modos de ser incluimos la asunción de la imagen corporal, los contenidos atribuidos a uno mismo respecto a su concepto de sexuación, la orientación del deseo erótico en términos homo/heteroeróticos, la atracción interpersonal y erótica, las

identificaciones interpersonales, generales, sexuales y genéricas. Por tanto, conviene analizar la manera de integración de la identidad sexual y de género en el conjunto de la estructura del yo. Se trata de comprender en qué medida el modo de ser mujer u hombre se integra de forma natural en el autoconcepto y la autoestima o si, por el contrario, existe algún tipo de dificultad al respecto fruto de la dialéctica entre el desarrollo personal y presión cultural especialmente en materia de sexuación⁵⁰.

7. Valoración de la historia de pareja

El análisis de la historia de pareja es realmente interesante porque viene a ser la historia de las vinculaciones afectivas a lo largo de la biografía. Recordemos que, en la infancia, los adultos son los cuidadores y los niños o niñas son los cuidados, la relación es asimétrica. La calidad del vínculo marca el estado de seguridad básica a partir de la cual se organizan la visión del mundo y las relaciones interpersonales. En el inicio de la adolescencia las relaciones vinculares con los padres o figuras de apego significativas deben ser transformadas. Las funciones de la figura de apego se desplazan a los iguales. Aparecen paulatinamente las primeras emociones, la atracción interpersonal, el amor al enamoramiento. Los primeros emparejamientos. Las relaciones vinculares se hacen simétricas, siempre y cuando el desarrollo sea normativo.

Las personas básicamente seguras explorarán el mundo de las relaciones de intimidad y se producirán los primeros emparejamientos. Las personas ansiosas tenderán a precipitarse en la formación de parejas, estarán en mayor riesgo de establecer relaciones dependientes, insatisfechas y conflictivas. Las personas evitativas suelen tener dificultades para enamorarse, para establecer vínculos sólidos. Por ello, resulta imprescindible la comprensión de las relaciones con el deseo erótico.

En este apartado es necesario, por tanto, valorar la historia de las parejas, la mayor facilidad o dificultad para el vínculo, la historia de las separaciones y los motivos para hacerlo. Es importante valorar el estilo de relación de pareja, el perfil del otro miembro.

Asimismo, debe valorarse el tipo de compromiso adquirido, las

expectativas respecto a la pareja y el futuro, el peso atribuido al amor y al sexo.

Es importante considerar la expectativa respecto a los hijos si no se tienen, y su inserción en el sistema familiar si los hubiere.

Finalmente, debe ser valorado el grado de satisfacción de pareja y los indicadores del mismo. Además, debe ser valorado el modo en que la pareja está insertada socialmente, su red de relaciones, amigos, familias de origen y relaciones laborales.

8. Valoración de la historia médica

Valoración de antecedentes médicos. Enfermedades significativas que pudieran estar relacionadas con el comportamiento sexual. Valoración de enfermedades de tipo crónico y valoración de uso de tratamientos farmacológicos crónicos. Análisis de uso de sustancias y posibles dependencias. El trabajo interdisciplinar adquiere aquí pleno sentido.

9. Valoración del ciclo psicofisiológico de respuesta sexual

Desde los principios de segunda generación, la valoración de los signos y síntomas relacionados con la respuesta sexual no se ponen en primer plano, aunque no dejan de considerarse, como es obvio. La etiqueta de presentación de la queja de las personas que acuden a consulta suele estar relacionada, en primera instancia, con alguna disfunción sexual. Aunque a lo largo de la terapia se pongan de relieve otras cuestiones relacionadas con la experiencia erótica y se contextualice la problemática sexual en un ámbito de relación más amplio, tal y como se mantiene en este libro, la valoración de las posibles alteraciones del ciclo psicofisiológico de respuesta sexual es imprescindible.

Una de las primeras cuestiones que se aprende en la formación en terapia sexual es la taxonomía de las disfunciones sexuales. No seré yo quien dude de su utilidad. La cuestión que se nos plantea es cómo se utiliza. La relación entre una clasificación y la experiencia de quien vive el asunto al que se refiere es como un mapa y la realidad. Un mapa es extremadamente útil. Nos permite interpretar el viaje, obtener las referencias que nos guiarán y tomar

decisiones en las encrucijadas. Sin embargo, no aportará ninguna información acerca de la realidad misma, de la calidad del camino, de la temperatura, del paisaje concreto donde se halla el cruce, del tiempo necesario, de las incidencias del camino. Tampoco nos garantizará de modo absoluto la llegada al destino.

Las clasificaciones, rígidamente utilizadas, pueden ocasionar efectos iatrogénicos. Se puede diagnosticar a dos hombres de eyaculación precoz y comprobar que tienen muy poco en común; sus historias, sus idiosincrasias, el contexto en el que aparece o el origen de su malestar pueden ser tan diferentes que es posible que la comprensión del fenómeno nos lleve a realidades opuestas.

En este sentido, es útil tomar como referencia algunas de las clasificaciones al uso. Una de las más clarificadoras es la que surge del modelo trifásico de respuesta de Kaplan (1979), de modo que debería explorarse cada una de las tres fases: deseo, excitación y orgasmo. En principio, esta clasificación fue asumida a partir del DSM-3R; sin embargo, los cambios introducidos en la última versión, DSM-V, son un retroceso respecto a versiones anteriores.

Exploración en la fase de deseo erótico. La exploración del deseo erótico varía radicalmente dependiendo del concepto del cual se parta. En términos generales, desde el modelo biomédico se considera el deseo sexual como una motivación genéticamente programada, que se activa por estímulos sexuales, cuyo fin es bien la ejecución (cópula) en los machos, bien la receptividad en las hembras. Se admite un grado de intervención de elementos culturales en el proceso que «personalizan» la experiencia. En este planteamiento subyace una idea clara de lo que se entiende por *función* sexual, referencia que determina la disfuncionalidad.

Desde el punto de vista psicológico, el deseo es fundamentalmente una emoción compleja. Por ello, podemos aplicar todo el conocimiento acumulado en torno a las emociones. Es evidente que se sustenta en sus bases biofisiológicas, pero va mucho más allá de una simple motivación dirigida a la consecución de un fin. Remito al lector al capítulo 3 de esta monografía, donde se han expuesto los aspectos más importantes de la dinámica del deseo

erótico.

La diferencia establecida entre los factores estructurales y relacionales del deseo erótico es imprescindible para la comprensión de la configuración del mismo y su expresión. Ello nos dará una panorámica amplia de su dinámica y no solo una visión focalizada en un punto concreto de su expresión como es la fase inicial de la respuesta sexual.

Dada su naturaleza estructural, el deseo erótico está relacionado con la arquitectura general del yo, donde su orientación y sus características están ligadas a la identidad, y por tanto al autoconcepto y a la autoestima. Así, el deseo erótico posee una componente altamente subjetiva forjada a través de la socialización en un contexto cultural portador de un discurso acerca de la sexualidad, cuyo origen parte de la tradición judeocristiana, de modo que existen aspectos confesables e inconfesables, conscientes y no conscientes.

Sería absurdo someter al usuario a un interrogatorio o a un cuestionario para obtener información. Bien al contrario, la historia y la valoración del deseo erótico deben brotar en un espacio de seguridad en el que la información cualitativa de los contenidos surja a través del relato personal libremente expresado.

Para la comprensión del deseo erótico de la persona con la que trabajamos deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Frecuencia e intensidad del deseo erótico. Se trata de valorar la presencia del deseo erótico en la vida cotidiana. La frecuencia con la que aparece y la intensidad con la que se produce.
- b) Orientación y fantasías asociadas. Valoración de las dimensiones hetero y homoerótica y otro tipo de fantasías. Proporción de estas dimensiones en el conjunto del imaginario erótico.
- c) Regulación del deseo erótico. Capacidad para manejar y regular el deseo erótico en tanto que emoción. Es de interés valorar la capacidad de discernir entre la fantasía y la realidad, lo alcanzable de lo inalcanzable. El tipo y la aceptación de determinadas renunciaciones en favor de otros intereses relacionados con la estabilidad emocional.
- d) Deseo erótico en relación con la pareja, en el caso de que esta sea estable. Es evidente que el deseo erótico no se agota en la pareja, la

cuestión es cómo se maneja el excedente.

- e) Grado de satisfacción con el deseo. La satisfacción no se relaciona necesariamente con la frecuencia de actividad sexual, sino con el grado de integración en el conjunto de las necesidades que contribuyen al bienestar. Recordemos la importancia del desarrollo del potencial erótico.
- f) Significados atribuidos al deseo erótico. La investigación confirma que el deseo erótico, además de impulsar al individuo a la descarga de la tensión erótica en comportamientos explícitos, se ponen al servicio de otras necesidades como i) la búsqueda de afirmación personal y ii) la búsqueda de necesidades de apego. Estas motivaciones que subyacen a la expresión del deseo erótico son de gran interés para el terapeuta, porque aportan claves importantes para comprender mensajes específicos en la comunicación intersubjetiva y sus dificultades.

Exploración fase de excitación. Se trata de valorar la reacción fisiológica propia de esta fase que se expresa a través de los reflejos de vasodilatación y vasocongestión, dando lugar a la erección o la lubricación vaginal, además de otros cambios conocidos, genitales y extragenitales. Conviene no quedarse solo en la mera reacción física, sino comprobar también la experiencia emocional asociada, en relación con otras emociones, positivas o negativas, como la culpa, la vergüenza, el miedo, el placer, la voluptuosidad, la intimidad o la seguridad.

Exploración fase de orgasmo. Aparte de la respuesta fisiológica propiamente dicha, en esta parte de la valoración es de interés comprender el modo en que se vive la experiencia del orgasmo. Las personas seguras no tienen dificultades para perderse, dejarse llevar, obnubilarse en la experiencia, a diferencia de las personas inseguras, que tienden a controlar el orgasmo, a aceptar un cierto grado de pérdida de conciencia en el éxtasis, a hipervigilar al otro en la situación compartida. El orgasmo puede ser una experiencia intensa, libre, enriquecedora, pero también una experiencia controlada, restringida, limitada a un mero reflejo, hasta el punto de ahogarlo o inhibirlo radicalmente. Vale la pena explorarlo.

10. Valoración de la situación actual

Por último, exploraremos el momento actual. Conviene valorar el estado general de las personas que consultan, acudan estas en solitario o en pareja. Variables como la depresión o la ansiedad, así como la actitud general ante la vida y las relaciones familiares, sociales y laborales, deben ser valoradas. Conviene escuchar con atención la demanda concreta que motiva la consulta. Generalmente, la queja demandada proviene de la propia experiencia, eso sí, pero viene construida, digámoslo así, por juicios preestablecidos que provienen del acervo cultural que prescribe lo adecuado o inadecuado, lo normal y lo anormal, lo saludable y lo morboso. La influencia de los criterios biomédicos en la definición de salud y la extremada facilidad de transmisión de información a través de las nuevas tecnologías, en concreto internet, influyen de manera determinante en la comprensión de lo que a uno y/o a su pareja le sucede. Es frecuente recibir en consulta a personas autodiagnosticadas.

Es en este momento de la historia cuando se pueden valorar conjuntamente los motivos del malestar y comprenderlos en su contexto, redefiniéndolos en lo posible, aislándolos de referencias externas que distorsionan la experiencia real vivida. Se trata de escuchar el enunciado de la misma sin interpretaciones previas para poder ir delimitando de una manera no reduccionista el motivo de la consulta.

Por ejemplo, una pareja viene a la consulta con un autodiagnóstico: «Soy eyaculador precoz», dice él. «Sí, eso, tenemos problemas en la cama porque él no controla», añade ella.

En este punto del análisis de la historia, creamos un espacio en el que lo prioritario no es la clasificación y el diagnóstico. En efecto, el diagnóstico es algo elemental: se trataba de una alteración en el hombre de la fase de orgasmo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Para llegar a esta conclusión, no necesitamos al interlocutor, él mismo se había diagnosticado.

Lo prioritario de este momento es crear un espacio de comprensión en el que la pareja, en este caso, pudiese ir un poco más allá de la etiqueta. Como resultado del proceso, él dijo: «Lo que me pasa es que soy un hombre sometido permanentemente a prueba, convencido de que debo dar la talla de

forma constante, porque creo que en todo momento debo responder como se espera de mí». Ella dijo: «Nuestras relaciones sexuales son generalmente tensas porque se convierten en una ceremonia, no en un juego, una ceremonia triste. Yo no puedo ser yo misma porque me veo inmersa en un papel que no es el mío».

Desde esta perspectiva comprensiva, la valoración de la historia no es una técnica diagnóstica previa, sino que forma parte del tratamiento en sí mismo. En el ejemplo anterior algo ya ha cambiado en el modo de comprender reflexivamente lo que les ocurre. No ha sido una interpretación «enlatada» del terapeuta, sino la conclusión de un proceso simple de comprensión que surge de ellos mismos.

Anteriormente se ha establecido que el objetivo esencial del tratamiento consiste en hacer transitar un sistema de relación percibido como insatisfactorio hacia una situación de percepción de satisfacción. Para ello, es necesario:

- a) Detectar fuentes de insatisfacción.
- b) Valorar síntomas manifiestos.
- c) Analizar las biografías.
- d) Promover capacidad de mentalizar.
- e) Estudiar vías de comunicación interpersonal.

En este punto de la historia psicosexual se han utilizado términos tales como valoración, exploración, evaluación o análisis. Es algo que necesito aclarar. Insisto en que la historia no puede reducirse a un interrogatorio o a un cuestionario de respuestas cerradas. Desde esta perspectiva, se trata de comprender la experiencia vital de la persona con la que trabajamos, y no solo de acumular datos, muchos de ellos irrelevantes.

Por tanto, los apartados que proponemos en esta historia no deben convertirse en un guion que el terapeuta ha de ir desgranando en las sesiones de evaluación, sino en sugerencias para alimentar el relato que solo el protagonista tiene que realizar. Son puntos de interés que pueden o deben ser propuestos a lo largo de las sesiones. Por ello, el orden en que se han planteado es aleatorio. El protagonismo lo tiene la persona o personas que

consultan, los autores de su historia son ellos mismos. El terapeuta se limita a estimular el relato y a participar indirectamente en él con el propósito de comprender, en toda la profundidad de este concepto, la experiencia vital en relación con la queja, que en definitiva no es otra cosa que guiar al paciente hacia la propia comprensión de lo que le sucede. Como diría Manuel Lanús (2016), se trata de hacer inteligible el conflicto.

Para finalizar este apartado dedicado a la historia psicosexual, ofreceré una breve reflexión acerca de si la terapia sexual debe ser individual o conjunta. Por supuesto, la conveniencia o no de la intervención en pareja depende fundamentalmente del enfoque que oriente la intervención. La defensa más radical de la terapia en pareja la mantuvieron Masters y Johnson, quienes proponían una pareja sustituta a usuarios individuales. Ello se explica por su terapia, consistente en optimizar la comunicación entre los miembros de la pareja y la instrucción de cara a mejorar las técnicas sexuales. No existe tras su modelo terapéutico ningún enfoque psicoterapéutico conocido.

No ocurre lo mismo en Kaplan, que, dada su formación como doctora en psicología y su formación psicodinámica, concede mucha importancia al análisis de las resistencias que mantienen la disfunción, especialmente en las que se derivan de las causas remotas. Otorga también un papel relevante, utilizando su terminología, al efecto de las relaciones deletéreas de pareja, indicando la pertinencia del tratamiento por parejas, sin excluir tratamientos individuales.

Los terapeutas sistémicos, obviamente, trabajan con las parejas en la comprensión de que las dificultades sexuales surgen de la dinámica del sistema de pareja regido por las vías de comunicación y las reglas explícitas e implícitas que regulan el sistema.

La propuesta psicoterapéutica defendida en esta monografía está basada principalmente en la teoría del apego. Desde ella diremos que la expresión del deseo erótico manifestado en comportamientos sexuales es un hecho relacional. La mayoría de las dificultades sexuales surgen en el momento en el que se comparte la experiencia erótica.

La teoría de referencia en esta propuesta incide en el hecho de que los modelos internos expresados en estilos de apego median, para bien o para mal, en los comportamientos sexuales. Es decir, si los problemas sexuales se

producen en gran medida por dificultades en el vínculo con la persona con la que se comparte la experiencia, el tratamiento deberá ser en pareja.

Sin embargo, ya hemos informado de que el sistema desde el que se produce la intimidad erótica se compone de dos psicologías individuales. Ello significa que, en determinados momentos del tratamiento de una demanda que se ha producido por la pareja, el terapeuta puede tener la necesidad de trabajar individualmente con uno u otro miembro de la pareja. Por tanto, desde esta perspectiva, queda a criterio del terapeuta decidir en qué momentos del tratamiento debe trabajar con el sistema completo, o si debe hacerlo con alguno de sus miembros. Esta decisión depende del enfoque, de la formación y, sobre todo, de la experiencia del profesional.

No todas las demandas de consulta se producen desde las parejas. Hay muchas personas, con pareja o sin ella, que plantean sus dificultades en consultas de terapia sexual y que deben ser atendidas. Este enfoque les puede resultar altamente fructífero.

6.14. Procedimientos y técnicas en la terapia sexual

El modelo de intervención en psicoterapia sexual que se propone en esta monografía se basa en la terapia comprensiva. Consiste esencialmente en crear un marco terapéutico en el que la persona logre explorar tanto su mundo interior (estados mentales propios) como el exterior (comprensión de los estados mentales de las personas con las que uno se relaciona en el ámbito de las relaciones interpersonales, especialmente aquellas más exigentes en cuanto a la proximidad psicológica, es decir, la intimidad).

No se trata tanto de la focalización estricta en los síntomas de las dificultades sexuales y del entrenamiento consecuente en prácticas específicas, como de la comprensión de los fenómenos de la experiencia vivida y de los significados atribuidos a ella.

Se trata de contribuir a lo largo del proceso terapéutico a la promoción de la autonomía emocional de las personas con las que se trabaja, con el fin de que puedan atribuir y compartir nuevos significados a lo vivido, hasta el momento como conflictivo, al margen de prescripciones y mandatos culturales acerca de los criterios estándar (funcionales) de satisfacción

erótica.

Los procedimientos terapéuticos adecuados en el proceso deben ser necesariamente integradores respecto al cúmulo de conocimientos adquiridos tanto en el campo de la sexualidad humana en sentido general, como en el de la terapia sexual.

La comprensión en profundidad de lo que a uno le ocurre como resultado del trabajo terapéutico implica el procesamiento de la información, que sin duda resuelve disonancias cognitivas, aunque no se utilicen técnicas explícitas de terapia cognitiva.

No podemos negar que en la relación terapéutica y en las experiencias de la vida cotidiana, modificadas por la propia terapia, se produzcan nuevos aprendizajes en la medida en que determinados comportamientos son reforzados de forma positiva, aunque no se empleen deliberadamente técnicas de modificación de conducta.

El enfoque que se ha ido desgranando a lo largo de este libro pretende abrir otros caminos enriquecidos por nuevos conocimientos; en este caso, las aportaciones de la teoría del apego. Por ello, sería pretencioso proponer técnicas concretas y cerradas en la manera de plantear la terapia, puesto que en este momento serían prematuras e improvisadas.

A mi modo de ver, lo esencial es el enfoque de la comprensión teórica de los elementos que pueden explicar mejor el origen y la dinámica de las dificultades sexuales. Esta comprensión teórica debe ser avalada por evidencias en la práctica de la terapia sexual. De ahí la importancia de la investigación científica desde una perspectiva cualitativamente amplia.

A partir de aquí, las técnicas y procedimientos empleados dependerán de la formación específica de cada terapeuta y de su capacidad para integrar las aportaciones de los distintos formatos que requieren de la máxima flexibilidad y la máxima comprensión crítica de la sociedad en la que va a intervenir profesionalmente. Para ello, se requiere de la asimilación de conocimientos que proceden de campos como la sociología, la antropología y otras ciencias sociales.

³⁶ Empleo aquí el término «terapia sexual» para mantener la terminología estándar, aunque en realidad

me refiero a la «psicoterapia sexual».

[37](#) Confrontar con la segunda parte de Gómez-Zapiain (2009).

[38](#) Confrontar con el nivel «motivo» de la estructura del deseo sexual propuesto por Levine (2003) y recogido en Gómez-Zapiain (2013).

[39](#) Confrontar con el punto dedicado a la mentalización en el capítulo 1.

[40](#) Confrontar con el capítulo dedicado a las actitudes hacia la sexualidad recogidas en Gómez-Zapiain (2013).

[41](#) Confrontar con el capítulo 3.

[42](#) La relación entre el deseo sexual y la estructura del yo, así como la interacción de sistemas, están descritas con mayor profundidad en Gómez-Zapiain (2009 y 2013).

[43](#) Por masculinidad y feminidad entendemos instrumentalidad y expresividad, respectivamente, variables de personalidad que deben estar presentes en cualquiera de los sexos siguiendo el modelo de androginia (Gómez-Zapiain, 2013).

[44](#) Confrontar con el capítulo 1.

[45](#) Hacen referencia a las estrategias secundarias, hiperactivación y desconexión del sistema de apego, como mecanismos de defensa.

[46](#) Convendría considerar en este punto la dependencia emocional incapacitante y otros trastornos similares que podrían superar la terapia sexual, siendo aconsejable otro tipo de enfoque.

[47](#) En el plano individual, la desactivación del sistema de apego como mecanismo defensivo ante el miedo a la intimidad se asocia a formas anómalas de comportamiento sexual, como comportamientos agresivos, algunas formas de parafilias, etc.

[48](#) Estas concesiones personales deben ser bien medidas y pertinentes. El terapeuta ha de establecer correctamente las distancias emocionales: no es el padre ni la madre, ni el amigo, ni el colega del paciente.

[49](#) Para ampliar este punto, confrontar con Gómez-Zapiain (2013).

[50](#) La palabra *sexuación* se suele utilizar para describir el proceso de diferenciación sexual en términos biológicos. Sin embargo, aquí se emplea como el proceso global por el que las personas llegan a ser lo que son en términos sexuales y genéricos (identidad sexual y de género), que integran procesos biológicos, psicológicos y culturales. Cabe señalar la gran presión que el modelo cultural de organización social de los sexos ejerce en el desarrollo individual de la identidad.

CAPÍTULO 7

A MODO DE EPÍLOGO

A lo largo de las últimas décadas diríase que se ha producido un cierto estancamiento en los formatos de terapia sexual. Los avances que se vierten en los congresos no son todo lo innovadores que cabría esperar. Los modelos de referencia siguen siendo los clásicos. Tanto en el ámbito de la intervención aplicada como en el de la investigación científica se tiende, cada vez más, a una hiperespecialización que impide la permeabilidad necesaria para incorporar aportaciones que proceden de áreas más o menos afines. Tal ha sido el afán de la presente publicación: tratar de enriquecer los formatos actuales de terapia sexual con las aportaciones de la teoría del apego.

Por otro lado, se observa una cierta confusión en el concepto mismo de *terapia sexual*. Es posible que ello se deba a los ámbitos profesionales de referencia. Los profesionales que intervienen en la terapia sexual proceden fundamentalmente del campo de la medicina y de la psicología. En las últimas décadas aparece con fuerza un nuevo campo, la sexología, que trata de sintetizar los ámbitos ya citados. El origen curricular de los profesionales formados en este último es muy variado. Unos proceden de las ciencias de la salud, psicología incluida, y otros de las ciencias sociales. Todos ellos utilizan el término *terapia sexual*, y aunque pretendidamente parezca que se habla de lo mismo, en realidad los planteamientos son bien diferentes. En este libro se ha tratado de esclarecer la importancia de discernir la diferencia entre la educación sexual, el *counseling* o asesoramiento, y la terapia sexual propiamente dicha. Las técnicas y procedimientos, así como los objetivos, son diferentes, pero suelen confundirse.

El ámbito de referencia generalmente aceptado por la mayoría de profesionales es el modelo biomédico, que tiende a aceptarse de un modo acrítico. Como se ha mantenido a lo largo de este libro, si se define previamente la función sexual, se establecerán, en consecuencia, las

disfunciones sexuales. Ello lleva inexorablemente a poner el foco en las conductas disfuncionales, excluyéndolas de la experiencia global y sus significados.

Si se redefine críticamente el concepto de función sexual en la sociedad contemporánea, es decir, si se reflexiona de modo individual y colectivo sobre el sentido y significado que posee el erotismo en la experiencia personal y social, quizá se desdibujen y relativicen las llamadas disfunciones sexuales, abriendo así un espacio más amplio en el que la persona adquiera el protagonismo y sea la actriz principal, comprendiendo y replanteando sus propias necesidades afectivas y sexuales, desarrollando criterios propios, optimizando su «conectividad» con sus personas significativas, especialmente la pareja, y constituyéndose en responsable activa de los cambios que ella misma determina como necesarios para sí misma. En consecuencia, el terapeuta actúa como un guía antes que como un instructor. Es por ello que en esta obra se ha optado por centrar la atención en la experiencia erótica antes que en las conductas sexuales.

Los desarrollos en las propuestas de intervención terapéutica tienden a prescindir cada vez más de una sólida fundamentación teórica en favor de técnicas específicas de aplicación, produciéndose una suerte de ateorización que afecta no solo a la práctica aplicada, sino también al ámbito de la investigación. Vivimos en la sociedad de la velocidad, en la que el objetivo consiste en lograr resultados inmediatos. Sin embargo, sabemos que el buen pan requiere de masa madre y fermentaciones prolongadas, del mismo modo que los procesos que provocan cambios psicológicos significativos en relación con el sufrimiento inherente a la demanda no pueden reducirse a cinco sesiones.

La experiencia erótica vivida de modo individual y finalmente compartida es un hecho psicológico, se incardina en el núcleo de la estructura del yo. Por tanto, la terapia sexual, cuando nos referimos a la terapia propiamente dicha, no puede prescindir de la psicoterapia. Dentro de las psicoterapias existen diversos campos de intervención. La terapia sexual es una de sus modalidades especializadas. Es preciso aclarar que la psicoterapia no debe ser entendida como un conjunto de procedimientos conducentes al tratamiento de conflictos profundos y traumáticos, sino también como un ámbito de

crecimiento personal, de autocomprensión, de chequeo o puesta a punto. La mayoría de las personas que demandan atención respecto a sus dificultades sexuales no padecen necesariamente problemas psicológicos relevantes, y, cuando así ocurre, solo la formación y la experiencia del o de la terapeuta permitirán una atención consecuente o, en su caso, una derivación adecuada.

Por todo ello, la formación en terapia sexual debería aportar la fundamentación teórica necesaria y la experiencia aplicada suficiente. Ello requeriría del estudio de abundantes casos y supervisión de los mismos por terapeutas con un adecuado conocimiento y experiencia. Es posible que sea necesario revisar el sistema de formación de los profesionales en esta área.

El propósito de esta monografía, aceptadas las limitaciones evidentes, ha sido tratar de enriquecer el campo de la terapia sexual con las aportaciones de la teoría del apego. Desde el último cuarto del siglo xx, esta teoría se ha ido desarrollando de manera espectacular, tanto en su desarrollo teórico como en la producción científica. Si la experiencia erótica es un hecho relacional, la teoría del apego estudia precisamente la influencia de la vinculación afectiva en las relaciones interpersonales. Los modelos internos hacen referencia a la propia estructura del yo y filtran la realidad, de modo que el conocimiento de sus interacciones con la actividad sexual en el entorno de la intimidad aporta claves realmente importantes en las intervenciones terapéuticas. No es que esta teoría tenga la respuesta a todas las interrogantes del psiquismo humano, pero sí que muestra una gran capacidad de integración con el resto de los marcos teóricos, como el de la psicología cognitiva, el del aprendizaje social, la psicología dinámica, las neurociencias y otras.

Este volumen se ha centrado en la terapia sexual a partir de la experiencia erótica. Se ha reflexionado críticamente sobre los principios en los que se sustenta y se han propuesto otros alternativos, siguiendo a diversos autores. Se han incluido conceptos relativamente novedosos, como el de *potencial erótico*, y se ha hecho hincapié en la importancia de los procesos psicológicos como parte de la respuesta sexual. De ello se pueden deducir nuevos criterios de salud sexual que superen, incluyéndolos, el modelo biomédico, lo que implica cuestionar el modelo prescriptivo, que determina los objetivos que hay que alcanzar en el desarrollo de la función sexual. Para algunos profesionales, «salud sexual» se equipara a «actividad sexual». Por ello, se

potencian y ofrecen programas de educación sexual que promueven la actividad erótica como requisito para la salud, a través de las edades. Sin embargo, a lo largo de estas líneas subyace el modelo biográfico, propuesto por Félix López. La salud sexual se relaciona con la capacidad de las personas para tomar decisiones acerca de sus necesidades afectivas y sexuales. Recordemos que este modelo subraya la importancia del desarrollo biográfico personal, poniendo en valor el protagonismo de cada persona en el diseño de su propia biografía. Se relaciona, por tanto, con el desarrollo del potencial erótico, lo cual significa que este puede desarrollarse con mayor o menor intensidad, dependiendo de las prioridades vitales de cada persona. Decía el pionero de la sexología moderna Havelock Ellis, en sus charlas de divulgación, que si pudiésemos observar la actividad sexual de las personas que nos rodean a través del orificio de la cerradura, nos daríamos cuenta de la gran diversidad de comportamientos que van mucho más allá de lo establecido de modo normativo. Sin duda, se refería a la gran diversidad de biografías. Como apunta Félix López, si una persona tiene razones suficientes para renunciar o limitar su actividad sexual porque prioriza otras cuestiones en su vida, ello es perfectamente compatible con su salud sexual. Así, la intervención de los y las profesionales, tanto en el ámbito de la terapia como en el de la promoción de la salud, deben ponerse al servicio del desarrollo de las biografías de las personas a las que se atiende, promoviendo su libertad para decidir sobre sus necesidades afectivas y sexuales, con el fin de no caer en la búsqueda neurótica de objetivos prescritos exógenamente.

Ello solo será posible considerando las reglas del juego que deben regular la actividad sexual, y que no son otra cosa que los principios éticos brillantemente propuestos por Félix López en su *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*, descritos sucintamente a lo largo de este texto.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. D. (1989): «Attachment beyond infancy». *American Psychologist* (44), 709-716.
- American Psychiatric Association (2014): *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Annon, J. S. (1974): *Behavioral treatment of sexual problems: Brief Therapy* (vol. 1). Nueva York: Harper and Row.
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujols, M., Aramburu, I. y Salamero, M. (2014): «La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico». *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18(1). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102014000100001
- Bancroft, J. H. (1989): *Human sexuality and its problems*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Barlow, D. H. (1986): «Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Bartholomew, K. (1990): «Avoidance of intimacy: An attachment perspective». *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- y Perlman, D. (eds.) (1994): *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*. Londres: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016): *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press (ed. cast.: *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer).
- Bleichmar, H. (2003): «Attachment and intimacy in adult relationships». En M. Cortina y M. Marrone (eds.), *Attachment theory and the*

- psychoanalytic process*. Londres: Whurr Publisher, Ltd.
- Bordin, E. S. (1976): «The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Both, S., Laan, E. y Schultz, W. W. (2010): «Disorders in sexual desire and sexual arousal in women, a 2010 state of the art». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(4), 207-218.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss*. Vol. 1. Londres: Hogart Press.
- (1978): «Attachment theory and its therapeutic implications». En S. C. Feinstein y P. L. Giovacchini (eds.), *Development and clinic studies*. Nueva York: Jason Aronson.
- (1988): *A secure base, clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge.
- Brassard, A., Péloquin, K., Dupuy, E., Wright, J. y Shaver, P. R. (2012): «Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy». *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(3), 245-262.
- Brecher, E. (1969): *The sex researchers*. Boston: Little, Brown and Company (ed. cast.: *Investigadores del sexo*. México: Grijalbo).
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development*. Londres: Harvard University Press.
- (1994): «Ecological models of human development». En M. Gauvain y M. Cole (eds.), *Readings in the development of children*. Oxford: Elseiver.
- Cabello, F. (2010): *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R. y Jaffe, K. (1996): «Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner». *Personal Relationships*, 3(3), 257-277.
- Carnes, P. (1983): *The sexual addiction*. Minneápolis: CompCare Publications.
- Carrobbles, J. A., y Sanz Yaque, A. (1991): *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- Cassidy, J. (2001): «Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective». *Attachment & Human Development*, 3(2), 121-155.
- , Kirsh, S. J., Scolton, K. L. y Parke, R. D. (1996): «Attachment and

- representations of peer relationships». *Developmental Psychology*, 32, 892-904.
- y Shaver, P. R. (eds.) (1999): *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York: The Guilford Press.
- Clulow, C. (2001): «Attachment, narcissism and the violent couple». En C. Clulow (ed.), *Adult attachment and couple psychotherapy: The «secure base» in practice and research*. Philadelphia: Brunner Routledge.
- Coleman, E. (1991): «Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments». *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4(2), 37-51.
- Collins, N. L. y Feeney, B. C. (2000): «A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships». *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073.
- , Guichard, M. B. y Feeney, B. C. (2006): «Responding to need in intimate relationships. Normative processes and individual differences». En M. Mikulincer y G. S. Goodman (eds.): *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Nueva York: Guilford Press.
- Comfort, A. (1977): *Los médicos fabricantes de angustia*. Barcelona: Granica.
- Conradi, H. J., De Jonge, P., Neeleman, A., Simons, P. y Sytema, S. (2011): «Partner attachment as a predictor of long-term response to treatment with couples therapy». *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(4), 286-297.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003): «La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación». *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Cortina, M. y Liotti, G. (2009): «Attachment is about safety and being comforted, intersubjectivity is about social understanding and sharing: An evolutionary-developmental approach». *Psychoanalytic Psychology*, 24, 410-441.
- , Liotti, G. y Silberstein, M. (2014): «Cooperación, intersubjetividad y apego». En B. Torres Gómez de Cádiz, J. M. Causadías y G. Posada (eds.), *La teoría del apego. Investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid: Psimática.
- y Marrone, M. (eds.) (2017): *Apego y Psicoterapia. Un paradigma revolucionario*. Madrid: Psimática.
- Damasio, A. (1994): *El error de Descartes*. Barcelona: Destino.

- Delgado, I., Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2011): «Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente». *Anales de Psicología*, 27(1), 155-163.
- Diamond, N. (2001): «La obra de Bowlby como paradigma psicoanalítico». En M. Marrone (ed.), *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- y Marrone, M. (2003): *Attachment and intersubjectivity*. Londres: Whurr Publishers, Ltd.
- Erikson, E. (1968): *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Etxebarria, I. (2005): «La regulación de las emociones». En P. Fernández Berrocal y N. Ramos Díaz (eds.), *Corazones inteligentes*. Barcelona: Kairós.
- Feeney, B. C. (2007): «The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence». *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 268-285.
- y Thrush, R. L. (2010): «Relationship influences on exploration in adulthood: The characteristics and function of a secure base». *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 57-76.
- y Collins, N. L. (2001): «Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective». *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972-994.
- y Thrush, R. L. (2010): «Relationship influences on exploration in adulthood: The characteristics and function of a secure base». *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 57-76.
- y Van Vleet, M. (2010): «Growing through attachment: The interplay of attachment and exploration in adulthood». *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 226-234.
- Fisher, W. A. (1986): «A psychological approach to human sexuality: The sexual behavior sequence». En D. Byrne y K. Kelley (eds.), *Alternative approaches to the sexual behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H. et al. (1996): «The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1),

22-31.

- (1995): «Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development». En R. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives*. Nueva York: Analitic Press.
- (1996): «The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development». *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 5(1), 67-86.
- (2001): *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Nueva York: Other Press.
- Freud, S. (1972): *La pulsión y sus destinos. Obras completas* (vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1972): *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frijda, N. H., Kuipers, P. y Schurer, E. (1989): «Relations between emotion, appraisal, and emotional action readiness». *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 212-218.
- y Mesquita, B. (1994): «The social roles and functions of emotions». En S. Kitayama y H. R. Markus (eds.), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence*. Washington: American Psychological Association.
- Fuertes Martín, A. (1997): «Avances en el tratamiento de los trastornos del deseo sexual». En J. Gómez-Zapiain (ed.), *Avances en sexología*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- y López, F. (1997): *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú.
- Gómez-Zapiain, J. (2009): *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- (2013): *Psicología de la sexualidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- (2014): «Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de pareja». En O. M. Rodrigues, Jr. (ed.), *Sexología clínica. Una visión latinoamericana*. São Paulo: LP-Books.
- Ortiz Barón, M. J. y Gómez Lope, J. (2011): «Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja». *Anales de Psicología*, 27(2).

- (2012): «Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego». *Anales de Psicología*, 27(3).
- Hanly, C. (1944): «Reflections on the place of the therapeutic alliance in Psychoanalysis». *International Journal of Psychoanalysis*, 457-467(75).
- Hertlein, K. M., Weeks, G. R. y Gambescia, N. (eds.) (2009): *Systemic Sex Therapy*. Londres: Routledge.
- Heru, A. (2009): «Review of Sexual dysfunction: The brain-body connection, Vol. 29». *The American Journal of Psychiatry*, 166(3), 377-377.
- Juri, L. J. (2011): *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid: Psimática.
- Kanzer, M. (1972): «Superego aspects of free association and the fundamental rule». *Journal of the American Psychoanalytic Association* (20), 246-266.
- Kaplan, H. S. (1974): *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York: Brunner and Mazel Publication.
- (1979): *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Nueva York: Simon and Schuster.
- (2014): *La nueva terapia sexual, 1 y 2*, 2 vols. Madrid: Alianza Editorial.
- Kleinplatz, P. J. (ed.) (2001): *New directions in sex therapy. Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Kunce, L. J. y Shaver, P. R. (1994): «An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships». En K. Bartholomew y D. Perlman (eds.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*, vol. 5 (205-237). Londres: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Lanas, M. (2015): *Razones de una ciencia sexológica*. Madrid: Síntesis.
- Lanza Castelli, G. y Bouchard, M. A. (2014): «Dos modelos de mentalización. Concordancias, diferencias, complementariedades». *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, 48.
- Leiblum, S. R. y Rosen, C. (eds.) (2007): *Principles and practice of sex therapy. Update for the 1990s* (5.^a ed.). Nueva York, Londres: Guilford Press.
- (eds.) (1989): *Principles and practice of sex therapy. Update for the 1990s*. Nueva York, Londres: Guilford Press.
- (eds.) (1988): *Sexual desire disorders*. Nueva York: Guilford Press.

- LeVay, S. (1993): *The Sexual Brain*. Londres: The MIT Press.
- Levine, S. (1984): «An essay on the nature of sexual desire». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10, 83-96.
- (1987): «More on the natura of sexual desire». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13(1), 35-44.
- (1988): «Intrapsychic and individual aspects of sexual desire». En S. L. Leiblum y R. C. Rosen (eds.), *Sexual desire disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- (2003): «The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective». *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 279-285.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2012): «Apego adulto en agresores de pareja». *Acción Psicológica*, 9(1), 33-46.
- López, F. (2005): *La educación sexual de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- (2005): *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (2008): *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.
- (2009): *Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (2010): *Separarse sin grietas*. Madrid: Grao.
- (2015): *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid: Pirámide.
- (ed.) (2017): *Educación sexual y ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid: Pirámide.
- LoPiccolo, J. y Friedman, J. M. (1989): «Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy». En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.), *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s*. Nueva York: Guilford Press.
- Lowen, A. (1990): *El amor, el sexo y la salud del corazón*. Barcelona: Herder.
- (1995): *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Luborsky, L. (1976): «Helping alliances in psychotherapy». En J. L. Cleghorn (ed.), *Successful psychotherapy* (92-116). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lyons-Ruth, K. (1999): «The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of news

- forms of relational organization». *Psychoanalytic Inquiry* (19), 576-617.
- Main, M. (1995): «Attachment: Overview with implications for clinical work». En R. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment Theory: Social, developmentm and clinical perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- , Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985): «Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation». *Monographs of the Society for Research in Child Development* (50), 66-104.
- Marcia, J. E. (1980): «Identity in adolescence». En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- Marrone, M. (2001): *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Masters, W. y Johnson, V. (1966): *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- (1970): *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Meissner, W. W. (2007): «Therapeutic alliance: Theme and variations». *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254.
- Metts, S., Sprecher, S. y Regan, C. (1998): «Communication and sexual desire». En P. A. Andersen y L. K. Guerrero (eds.). *Handbook of communication and emotion*. San Diego: Academic Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P., Gillath, O. y Nitzberg, R. A. (2005): «Attachment, careving, and altruism: Boosting attachment security increases compasión and helping». *Journal of Personality and Social Psichology*, 89, 817-839.
- (2006): «Attachment, Caregiving, and Sex withim Romantic Relationships: A behavioral systems perspective». En M. Mikulincer y G. S. Goodman (eds.). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Nueva York: Guilford Press.
- y Goodman, G. S. (eds.) (2006): *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Nueva York: Guilford Press.
- y Shaver, P. R. (2007): *Attachment in adulthood*. Nueva York: Gildford Press.
- , Gillath, O. y Shaver, P. R. (2002): «Activation of de attachment system in adulthood: Threat-related primes incrase the accessiblity of mental representations of attachment figures». *Journal of Personality and Social*

- Psychology*, 83(4), 881-895.
- Offit, A. (1975): *The sexual self*. Nueva York: J. B. Lippincott Company.
- Organización Mundial de la Salud (2003): *CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator.
- Pérez Álvarez, M. (2014): *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pfaus, J. G. (2009): «Pathways of sexual desire». *Journal of Sexual Medicine*, 6(6), 1506-1533.
- Reich, W. (1974): *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosen, R. C. y Beck, J. G. (1988): *Patterns of sexual arousal*. Nueva York: The Guilford Press.
- y Leiblum, S. R. (1995): «Treatment of sexual disorder in the 1990s: An integrate approach». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 877-890.
- Schnarch, D. (1997): *Passionate marriage*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- (2000): «Desire problems: A systemic Perspective». En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.). *Principles and practice of sex therapy* (3.^a ed.). Nueva York: Guilford Press.
- (1991): *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. Nueva York: N. W. Norton & Company.
- Schover, L., Friedman, J., Weiler, S., Heiman y LoPiccolo, J. (1982): «Multi-axial problem-oriented system for sexual dysfunctions. An alternative to DSM-III». *Archives of General Psychiatry*, 39, 614-619.
- Semans, J. (1956): «Premature Ejaculation, a new approach». *Southern Medical Journal*, 49, 353-358.
- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2006): «A Behavioral Systems Approach to Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, and Sex». En R. J. Sternberg y K. Weis (eds.), *The new psychology of love*. New Haven: Yale University Press.
- Singer, B. y Toates, F. M. (1987): «Sexual motivation». *Journal of Sex Research*, 23(4), 481-501.
- Snell, W. E. y Papini, D. R. (1989): «The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation».

- Journal of Sex Research*, 26, 256-263.
- Sroufe, L. A. (1996): *Emotional Development: The organization of Emotional Life in the Early Years*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. y Weis, K. (eds.) (2006): *The new psychology of love*. New Haven: Yale University Press.
- Timm, T. M. (2000): «The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis». *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 60(11-a), 4199.
- y Keiley, M. K. (2012): «The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis». *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 206-223.
- Torres Gómez de Cádiz, B., Causadias, J. M. y Posada, G. (eds.) (2014): *La teoría del apego. Investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid: Psimática.
- Trevarthen, C. (1979): «Communication and co-operation in early infancy. A description of primary intersubjectivity». En M. Bullara (ed.), *Before Speech*. Londres: Cambridge University Press.
- (1998): «The concept and foundation of infant intersubjectivity». En S. Braten (ed.), *Intersubjectivity communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- y Hubley, P. (1978): «Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year». En A. Lock (ed.), *Action, Gesture, and Symbol*. Londres: Academic Press.
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012): *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.
- Vigotsky, L. S. (1978): *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wallin, D. J. (2007): *Attachment in psychotherapy*. Londres, Nueva York: Guilford Press (ed. cast.: Wallin, D. J. [2012]: *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer).
- Wallon, H. (1987): *Psicología y educación del niño. Una comprensión dialéctica del desarrollo y la Educación infantil*. Madrid: Visor-Mec.
- Wolpe, J. (1973): *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press.

- Young, L. y Alexander, B. (2014): *Química entre nosotros. Amor, sexo y la ciencia de la atracción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zetzel, E. R. (1956): «Current concepts of transference». *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Edición en formato digital: 2018

© Javier Gómez Zapiain, 2018
© Alianza Editorial, S. A., Madrid, 2018
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
alianzaeditorial@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-9181-211-1

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: REGA

www.alianzaeditorial.es